

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

A CLÍNICA DA URGÊNCIA SUBJETIVA:
efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento

Carolina Leal Ferreira Simões

Belo Horizonte
2011

Carolina Leal Ferreira Simões

A CLÍNICA DA URGÊNCIA SUBJETIVA:
efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento

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

Orientador: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto

Belo Horizonte
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S593c Simões, Carolina Leal Ferreira
A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento / Carolina Leal Ferreira Simões. Belo Horizonte, 2011.
101f. : Il.

Orientador: Luís Flávio Silva Couto
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Psicanálise. 2. Lacan, Jacques, 1901-1981. 3. Hospitais. 4. Clínica médica.
5. Emergências médicas. 6. Trauma psíquico. I. Couto, Luís Flávio Silva. II.
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação
em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

Carolina Leal Ferreira Simões

A Clínica da Urgência Subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento

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

Orientador: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto

Área de concentração: Processos de subjetivação

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais

Luis Flávio Silva Couto - PUC Minas

Marisa Decat de Moura - Universidade FUMEC

Ilka Franco Ferrari - PUC Minas

Belo Horizonte, 01 de abril de 2011.

**A todos aqueles que já viveram uma urgência e sabem do que se trata.
Em especial, ao Maurício, que suporta, divide e alivia todas as minhas...**

AGRADECIMENTOS

O final de toda e qualquer atividade aponta para sensações complexas e singulares. Hoje, na conclusão desta dissertação volto o tempo e revejo quanta coisa se passou. É chegado o momento de concluir, mas não poderia fazê-lo sem mencionar aqueles que de alguma forma fizeram parte dessa composição. Por isso, agradeço,

Ao Luis Flávio, que esteve presente durante toda essa caminhada, incluindo-se aí os momentos de grande produção, mas também os de pouca inspiração. Sua presença, sempre atenta, agregou valores fundamentais à escrita, como uma boa parceria requer.

À Marisa Decat, que desde muito cedo, representou uma das causas da minha escolha pela clínica da psicanálise no hospital geral. E, que depois de algum tempo, se propõe a oferecer sua leitura enriquecedora para compor este trabalho.

À Ilka, pela paixão que sente pela transmissão da psicanálise e que lhe atribui tamanho rigor à sua leitura. Suas contribuições foram essenciais para a direção desta pesquisa.

Ao Celso Rennó, que torna a psicanálise e as tramas da vida mais claras, o que permite que eu siga em frente com as minhas escolhas.

À minha família e aos meus amigos, que estão sempre ao meu lado torcendo pelas minhas conquistas. Vocês constituem a minha história.

Ao Maurício, que sempre me faz seguir em frente e procurar diferentes caminhos diante das dificuldades. Que suportou a minha ausência e o meu desejo decidido de querer saber mais. Tudo isso é o que renova, em mim, o grande valor de viver.

Às amigas pitagoranas, Lori, Renata, Mariana, Evelyn e Letícia, que seguem unidas desde as primeiras letras e que continuam unidas após tantos anos.

Às amigas da PUC, Marina, Marcela, Fabí, Letícia, Bel e Fernandinha, que fizeram e ainda fazem parte de vários dos momentos mais importantes e especiais da minha vida.

Aos colegas e professores da PUC, pelas trocas e diálogos que teceram vários pontos em torno de cada tema de pesquisa.

À Marília, ao Celso e ao pessoal da secretaria do Mestrado, que fazem deles as causas das nossas questões.

Ao Lázaro Rosa, por acreditar em meu trabalho e me convidar para compor o cartel, fio condutor desta investigação.

À Lucíola Macedo, por me ensinar tantas coisas e por me incluir nas várias frentes de trabalho das quais participei.

À Márcia Abreu, pela oportunidade de viver com toda a intensidade possível a clínica da urgência subjetiva em um hospital geral.

Às colegas do HC, Cláudia, Arlêta, Helena, Fátima, Letícia, Fabiana, Cida, Tati Amaral, Cris Gonzalez e Andréa Chiaretti, por dividirem comigo um tempo rico de experiências.

Aos pacientes da urgência, que mesmo sem saber, contribuíram para a formalização teórica de uma prática bastante importante.

À FAPEMIG, pelo financiamento desta pesquisa e por acreditar no investimento acadêmico como forma de aprimoramento clínico e teórico.

No meio do caminho

*No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.*

*Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.*

*Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Esta dissertação é produto de elaboração realizada em frentes de trabalho que incluem a atuação do praticante de psicanálise diante de situações de urgência subjetiva no Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Pode-se pensar a urgência subjetiva como um correlato clínico contemporâneo, como um sintoma social ou uma resposta ao fenômeno da generalização do trauma. É uma apresentação do sofrimento atual ligado a coordenadas da época, a um certo ideal de ordem das ciências. Mas há algo que não serve em nenhuma proposta de nenhum programa científico e que tem como efeito o traumático, o trauma generalizado. Com o intuito de se estabelecer um referencial teórico e clínico que fosse capaz de sistematizar o que se propõe como dispositivo de acolhimento e de tratamento das urgências, alguns objetivos foram delineados para esta pesquisa. Tornou-se importante conhecer e analisar, a partir de uma leitura psicanalítica de orientação lacaniana, os efeitos da presença do praticante de psicanálise frente a urgência subjetiva e ao trauma no pronto-atendimento de um hospital geral. Tornar todos esses objetivos possíveis exigiu uma investigação de grande compromisso e rigor teórico. Trata-se de uma pesquisa referenciada na leitura interpretativa de textos com procedimentos metodológicos envolvendo várias etapas. Entre elas, aponta-se a revisão bibliográfica, a análise documental e a elaboração teórica tomando como base a clínica vivenciada no PA do HC. É preciso pensar, então, no lugar construído pelo praticante de psicanálise na instituição hospitalar. Lugar esse que é marcado pelo encontro de diversos saberes, onde o praticante pode sustentar sua escuta aplicada ao particular, apostando no singular, no um a um, afirmando que a palavra pode viabilizar ao sujeito reatar o fio da sua história encontrando uma saída possível para o mal-estar inerente à condição humana. Diante de uma urgência, entre o instante de ver e o momento de concluir, não há tempo para que um sujeito, laçado pelo inesperado, possa compreender. O praticante de psicanálise vai trabalhar para que não deixe que este tempo necessário para compreender seja perdido. Diante da pressa por concluir que transpõe aqueles que da urgência participam, o praticante da psicanálise propõe uma pausa para escutar o que ali se passa. É preciso um tempo para que o acontecimento que toca o real possa fazer parte da história do sujeito. Somente desta forma poderá dizer “disto” que se fez insuportável. O que se conclui é que a noção de urgência amplia-se com a extensão do conceito de trauma na atualidade e isso requer um maior cuidado por parte dos profissionais da escuta com essa clínica. Urgência e trauma exigem uma intervenção rápida, pois se

entrelaçam no ponto em que ocorre o rompimento agudo da cadeia significante. Momento em que o sujeito não conta com as representações simbólicas e imaginárias nas quais se apoiava, o que configura uma situação traumática. Tudo que não é programável ou que escapa a uma programação pretendida pela ciência pode ser rapidamente assimilado como trauma, apontando para uma época que recusa a contingência.

PALAVRAS-CHAVE:

**PSICANÁLISE LACANIANA. HOSPITAL-GERAL. CLÍNICA. URGÊNCIA
SUBJETIVA. TRAUMA.**

ABSTRACT

This dissertation is the product of work in areas that include the performance of the psychoanalysis practitioner in front of subjective urgencies in the emergency room of the Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. One might think the subjective urgency as a contemporary clinical correlate, as a social symptom or a response to the phenomenon of the generalization of the trauma. It is a presentation of the current suffering connected to coordinates at the time, a certain ideal of science issues. But there is something that is not served in any proposal of any scientific program and has the effect of a trauma, a generalized trauma. In order to establish a theoretical and a clinical reference that be able to systematize what is being proposed as a device for reception and treatment of urgencies, some goals were outlined for this research. It has become important to understand and analyze, from a reading of lacanian psychoanalysis, the effects of the presence of the in front of the subjective urgency and trauma in the emergency room of a general hospital. Make all these goals possible, required a research with a huge commitment and theoretical rigor. This is a study based on a interpretive reading of texts, with methodological procedures involving several steps. Among them, pointed out the literature review, document analysis and theoretical development building on the clinic experienced in the PA of HC. Its necessary to think, then, in the place built by the psychoanalysis in the hospital. Place one, that is marked by the encounter of different knowledges, where the practitioner can sustain the listener applied to particular and bets on singular, at one by one, saying that the word can enable the subject to resume the thread of his story by finding a possible way out of the malaise inherent in the human condition. Faced with an emergency, between the instant of seeing and the time to concludes, there is no time for a subject, knotted by the unexpected, can understand. A practitioner of psychoanalysis will work to not allow that this time to understand be lost. Faced to the rush to conclude that those who transposes the urgency are involved, the psychoanalysis practitioner suggests a pause to listen to what is happening there. It takes time for the event that touches the real, can be part of the story of the subject. Only in this way he can say about "it" that became unbearable. What is concluded is that the sense of urgency expands with the extension of the concept of trauma in the news and, this requires greater care by professionals of listening to this clinic. Urgency and trauma require rapid intervention, because they intertwined at the point where the disruption occurs in acute

signifying chain. Moment when, the subject lacks the imaginary and symbolic representations in which he was supported, which sets up a traumatic situation. Everything that is not programmable or escapes to a desired setting for science can be quickly assimilated as a trauma, pointing to a time that refuses to contingency.

KEYWORDS:

LACANIAN PSYCHOANALYSIS. GENERAL HOSPITAL. CLINICAL. SUBJECTIVE URGENCY. TRAUMA.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CID - Código Internacional de Doenças

COMP. - Compilador

COORD. - Coordenador

EBP-MG – Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais

ED. – Editor

HC – Hospital das Clínicas

HC/UFMG - Hospital das Clínicas da

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

ORG. - Organizador

PA – Pronto-atendimento

PA HC/UFMG - Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 HISTÓRICO DA EXPRESSÃO URGÊNCIA SUBJETIVA E DO TERMO TRAUMA	20
3 A PRÁTICA DA PSICANÁLISE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	42
3.1 Breve histórico sobre o Hospital das Clínicas da UFMG.....	42
3.2 O acolhimento realizado pela equipe de saúde no Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.....	46
3.3 O acolhimento da psicanálise proposto pelo Projeto “Clínica da Urgência”.....	48
3.4 A presença do real no setor de urgência	51
3.5 O tratamento das demandas direcionadas aos praticantes de psicanálise	55
4 EFEITOS DA PRESENÇA DO PRATICANTE DE PSICANÁLISE NO PRONTO-ATENDIMENTO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	60
4.1 A presença da psicanálise em diversas frentes de trabalho	60
4.2 O plano de investigação: a riqueza de um protocolo	61
4.2.1 <i>O contexto sociológico</i>	63
4.2.2 <i>O contexto familiar</i>	64
4.2.3 <i>O contexto subjetivo</i>	65
4.2.4 <i>O contexto transferencial</i>	73
4.2.5 <i>O contexto diagnóstico presuntivo à urgência</i>	75
4.2.6 <i>O contexto de finalização da urgência</i>	77
4.3 Discussão acerca da presença do praticante de psicanálise no Pronto-atendimento do HC/UFMG	79
5 CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS	97
ANEXO A - Questionário utilizado na pesquisa e elaborado pela equipe de investigação da Universidade de Buenos Aires	97
ANEXO B – Documento da inscrição e da aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais	100

1 INTRODUÇÃO

O mundo muda sempre e, como efeito da contemporaneidade, a própria experiência do tempo mostra transformações. A pressa reina como princípio das ações e das relações cotidianas e a urgência aparece como uma coordenada discursiva da atualidade. Cada época pode ser pensada pelas características do seu laço social. Como não poderia ser diferente, a ciência e a psicanálise também são afetadas por esse processo. Parece haver um novo uso da psicanálise. Da ciência, exige-se uma resposta rápida e verdadeira, como se fosse possível fazer existir uma “causalidade programada”, termo utilizado por Eric Laurent (2004) em seu texto *O Trauma ao avesso*. Então, tudo o que não é programável torna-se traumático, apontando para uma época que recusa a contingência (LAURENT, 2006).

O trabalho em um Pronto-atendimento de um hospital geral público evidencia situações de extrema urgência e que muitas vezes se apresentam como traumáticas. Pode-se pensar o hospital geral como um instrumento terapêutico, uma instituição médica destinada a tratar, cuidar e curar o corpo doente. Entretanto, o que se percebe é que o sujeito¹ que busca o serviço de urgência de um hospital muitas vezes sofre e adoce como resposta a um mundo transformado pela globalização econômica e pela ciência, que se propõe, por exemplo, a partir do mapeamento genético, programar e prevenir qualquer coisa no corpo e na vida do indivíduo (BELAGA, 2006a).

A realidade social atual é marcada pelo império dos objetos e pela busca incessante do saber como tentativa de se eliminar o real, atendendo-se à lógica do “isso funciona” proposta por Miller (2008a). Assim, em nome de tal suficiência, o discurso da ciência recorre a um saber que tenta avaliar, quantificar e generalizar os achados, a satisfação e os modos de gozo dos sujeitos. “O número se torna a garantia do ser, designa o ser” (SOUTO, 2008, p.5). Porém, para Miller (2008a, p.4), o “isso funciona” não funciona nunca.

Partindo da constatação desse estado atual da civilização, Miller nos alerta que é preciso que a psicanálise, por meio da nossa prática, “faça uma nova aliança com o tempo presente”(MILLER, 2008, p.7), ou seja, que realizemos ações e discussões que visem reintroduzir, em nosso mundo, o acesso propiciado pela psicanálise, à singularidade das soluções e ao modo de satisfação próprio a cada um, que, como sabido, dá-se não com a eliminação

¹ Nesta dissertação será utilizado o entendimento de sujeito considerado por Lilany Pacheco (1996, p.95) em seu artigo “Algumas considerações sobre o conceito de sujeito em Lacan” no qual ela propõe que “a teorização de Lacan à respeito do conceito de sujeito comporta dois momentos e suporta uma dupla inscrição: “o sujeito como efeito do significante” e “o sujeito como uma resposta ao real”.

do sintoma e do mal-estar, e sim com um outro uso que cada um pode fazer disso. Trata-se para a psicanálise, de identificar, no que faz diferença e não se adapta, a dignidade do sintoma (SOUTO, 2008, p.6).

Depressão, violência, abuso de drogas, dores insuportáveis, tentativas de suicídio são comuns em um serviço de urgência e a forma de tratá-los está prenunciada nos protocolos médicos: seus sintomas devem ser extirpados. Quando o paciente procura o hospital geral, vem em busca de tratar o mal-estar em seu corpo, mas nem sempre é disso que se trata. Há algo da subjetividade que está posto nessas situações, mas que não está previsto nos protocolos, que escapa ao ideal da programação científica. A psicanálise, então, é cada vez mais convocada a atuar e fazer parte deste contexto em que o inesperado aparece na proposição da ciência deflagrando um impasse naqueles que ali trabalham. Ela entra em ação quando as armas utilizadas contra o real se depõem, quando há algum fracasso nas defesas dos sujeitos.

O mundo atual, estruturado pela ciência e dirigido pela razão, quer abandonar, radicalmente, o sujeito que Freud valorizou. Nele, parece não haver espaço para a dor, para a tristeza, para as fraquezas, para tudo que venha da subjetividade humana, pois tudo precisa ser resolvido de forma rápida, eficaz, limpa, direta. É necessário a tudo normalizar! (...) Acontece que o tiro acaba saindo pela culatra. A angústia é enorme, a solidão é coletiva, as drogas são consumidas em abundância... Desta forma, ainda que a psicanálise não seja querida no mundo científico, a subjetividade do homem a reclama como possibilidade de ser escutada (FERRARI, 2002, p.2).

Corroborando aos inúmeros imprevistos de um serviço de saúde, a psicanálise entrou no hospital geral, em suas diversas clínicas, espaços marcados pelo discurso científico, por regras e protocolos, mas também pela surpresa e por situações inesperadas. “O que estaria em jogo seriam os afetos singulares que *alíngua* engendra no corpo, refratários ao sentido e fechados sobre seu enigma, cujos efeitos ultrapassam o que o ser de fala é capaz de enunciar”. (MACÊDO, 2008, p.57).

Evidencia-se então, a importância de problematizar a prática do psicanalista que atua na clínica da urgência. O que há de diferente no trabalho do praticante de psicanálise² na

² Optou-se por utilizar o termo “praticante de psicanálise” elaborado a partir das construções realizadas por Jacques-Alain Miller (2001) em seu texto “Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia”. Esta tem sido a maneira encontrada para demarcar que há uma distinção entre a atuação do psicanalista em um consultório privado e o trabalho desenvolvido por profissionais transferidos com o saber da psicanálise nas instituições. Uma psicanálise aplicada refere-se ao efeito terapêutico, ao tratamento do sintoma e uma psicanálise pura tem como escopo a produção de um analista. Porém, esta diferença se torna pouco representativa, já que nem toda análise, ainda que se suceda em um consultório tem como finalidade a produção de um analista. O que se espera é que seus princípios sejam mantidos e que os efeitos sejam analíticos, diferenciando-se do que não é psicanálise.

instituição? O que pode o praticante de psicanálise fazer diante da urgência? Como transformá-la em urgência subjetiva para que a partir dela se possa operar? O que define o que é traumático para cada sujeito? São questões como estas que orientam o trabalho do praticante de psicanálise em um serviço de urgência e que, diversas vezes, terá que atuar com rapidez sem se desvincular dos princípios da psicanálise. Ou seja, é preciso tratar o sujeito colocando seu sintoma a trabalho, incluindo a transferência em seu produto e localizando o real como ponto traumático da linguagem. Visa-se assim, a constituir um saber através do não-sabido, um saber particular (BROUSSE, 2007).

Atendendo às especificidades de um trabalho em uma instituição, Wolodarski (1990) afirma que, mesmo no campo da urgência, aborda-se os fenômenos da psicanálise como se faz no campo analítico, porém lembra que o fato de serem conceituados da mesma maneira, não significa que sejam tratados da mesma forma. Isso aponta para o fato de que a psicanálise aplicada a uma instituição tem seus moldes de aplicação diferentes, mas, não pode ser desconsiderada enquanto psicanálise. “Quando falamos dos fenômenos que abordamos no campo da urgência, os conceituamos de igual modo que quando os abordamos no campo analítico. O fato de que os conceituamos igual não significa que os tratemos do mesmo modo de um lado e de outro³” (WOLODARSKI, 1990, p.109, tradução nossa).

Com o intuito de se estabelecer um referencial teórico e clínico que fosse capaz de sistematizar o que se propõe como dispositivo de acolhimento e de tratamento das urgências, alguns objetivos foram delineados para esta pesquisa. Tornou-se importante conhecer e analisar, a partir de uma leitura psicanalítica de orientação lacaniana, a atuação do praticante de psicanálise diante da urgência subjetiva e do trauma na clínica da urgência do Pronto-atendimento de um hospital geral.

Para que esse objetivo geral fosse alcançado, o estabelecimento de objetivos mais específicos se fizeram necessários e assim se constituiu a estrutura de capítulos desta dissertação. Estabeleceu-se a importância de se fazer uma investigação teórica acerca da expressão urgência subjetiva e do termo trauma a partir de referências epistêmicas expressivas da psicanálise de orientação lacaniana.

³Quando hablamos de los fenómenos que abordamos en el campo de la urgencia los conceptualizamos de igual modo que cuando los abordamos en el campo analítico. Que el hecho que los conceptualicemos igual no significa que los tratemos del mismo modo em um lado que en el outro (WOLODARSKI, 1990, p.109).

Para que a escuta de um sujeito em situação de urgência produza efeitos, é preciso delimitar seu campo de investigação. Para isso, no primeiro capítulo desta dissertação, será apresentado o percurso teórico realizado sobre a expressão urgência subjetiva e o termo trauma aplicados no contexto do hospital geral.

Muito se tem trabalhado e buscado formalizações epistêmicas para que o tratamento das urgências subjetivas tenha um espaço instituído nos serviços de saúde. Essa pesquisa representa, então, um ponto inicial de uma fundamentação teórica que possa elucidar a prática desenvolvida pelos profissionais que atuam com urgências, demonstrando uma preocupação com os efeitos analíticos deste trabalho.

Uma das características da situação de urgência é não ter hora ou lugar para acontecer, podendo se precipitar de modo bastante imprevisível e causando extrema angústia no sujeito que a vive (MARON, 2008, p.10). Laurent (2006) define a situação traumática como aquela que comporta um risco importante para a segurança ou a saúde do sujeito. A história do sujeito fica marcada por um antes e um depois do acontecimento traumático.

Belaga (2006b) define o trauma não somente a partir das catástrofes, mas como a irrupção do real, de algo não programado. Pode-se pensar na urgência como a surpresa diante do encontro com o inesperado, algo que precisa de uma resposta imediata, um acontecimento que geralmente prescinde da palavra, está desarticulado do sentido e do saber, um “real sem lei” (MILLER, 2002). Fica evidente o grande valor da investigação e da intervenção da psicanálise nesse campo.

Outro aspecto que se tornou de grande importância entre os objetivos da pesquisa e que será exposto no segundo capítulo, foi o de evocar os principais fatos e acontecimentos históricos a respeito do funcionamento do Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG. Sabe-se que as instituições hospitalares guardam em seu funcionamento algumas características que podem ser atribuídas a todas, mas é importante se ter clareza das especificidades do Hospital das Clínicas (HC) e das características que lhe são peculiares. O HC é uma instituição pública, universitária e de ensino e esses significantes, em si, já representam algo capaz de atribuir vários sentidos e efeitos à presença do praticante de psicanálise na instituição.

Enfim, buscou-se problematizar a atuação do praticante de psicanálise no Pronto-atendimento do hospital frente a situações de urgência, a fim de promover discussões e elaborações acerca da psicanálise aplicada. Sabe-se que esta diferenciação proposta inicialmente entre a psicanálise pura e a psicanálise aplicada acaba por se desfazer. Miller (2001) enfatiza que é preciso que se tenha clareza do que é psicanálise e do que não é.

Entretanto, optou-se por manter esta construção teórica para enfatizar que o que se espera de uma intervenção no hospital não é a finalização de uma análise, ou seja, a produção de um analista, mas o tratamento do sintoma. Isso não faz com que este tipo de tratamento possa ser desconsiderado enquanto psicanálise, mas aponta para especificidades de uma prática inscrita em uma instituição.

Tais apontamentos representam uma importante amarração clínica e teórica sobre essa prática e estão contidas no terceiro capítulo. É certo que a prática da psicanálise em uma instituição não vislumbra o fim de uma análise, como é a proposição para uma psicanálise pura, mas produz efeitos que podem ser considerados fundamentais para a mudança de posição de um sujeito. Mattos (2003) aponta que a psicanálise aplicada

É a aplicação da psicanálise a certos campos sociais, os campos do mal-estar na civilização onde os fundamentos da psicanálise estão aplicados. (...) A psicanálise pura é a psicanálise que implica na produção de um objeto particularmente novo no mundo, que é o psicanalista e a psicanálise aplicada é essa mesma disciplina, mas sem a exigência desse produto. (MATTOS, 2003, p.19).

Tornar todos esses objetivos possíveis exigiu uma investigação de grande compromisso e rigor teórico. Trata-se de uma pesquisa referenciada na leitura interpretativa de textos com procedimentos metodológicos envolvendo várias etapas. Entre elas, aponta-se a revisão bibliográfica, a análise documental e a elaboração teórica tomando como base a clínica vivenciada a partir do Projeto “Clínica da Urgência”⁴ e da pesquisa multicêntrica *Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental*⁵, ambos realizados no Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

Foi realizada uma revisão teórica, em referências da psicanálise de orientação lacaniana, sobre o tema proposto utilizando as obras de Freud, de Lacan e de autores contemporâneos de importância expressiva e que muito contribuíram para a formalização teórica dessa investigação.

⁴ Projeto escrito e implementado, no Hospital das Clínicas, por Lucíola Macêdo, no ano de 2007.

⁵ A pesquisa “Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental” pretende investigar a problemática da urgência no Hospital das Clínicas da UFMG com o objetivo de traçar o perfil da população acolhida nesse serviço para que se possa estabelecer estratégias de prevenção e promoção de saúde mental. Pretende fazer uma análise comparativa das demandas e das intervenções do praticante de psicanálise em um serviço de urgência de um hospital geral.

Partiu-se da atuação clínica da pesquisadora como praticante de psicanálise no Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG na qual, a experiência foi vinculada à prática do projeto “Clínica da urgência”. Tal projeto, construído e implementado por Lucíola Macêdo, teve início em setembro de 2007 com a parceria de trabalho entre o Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da UFMG e o Núcleo de Psicanálise e Medicina do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (IPSM-MG).

A partir desse projeto, surgiram duas novas frentes de trabalho. Um cartel, vinculado à Escola Brasileira de Psicanálise (EBP), foi constituído para se estudar o tema “A clínica da urgência e o hospital geral” e o grupo de investigação do HC foi incluído em uma pesquisa multicêntrica, da qual participavam hospitais da Argentina e do Uruguai. Toda essa formalização teórica foi acompanhada de uma atividade clínica realizada pelos praticantes de psicanálise que atendiam às chamadas demandas urgentes do Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.

Essa vivência se mostrou fundamental para proporcionar o trabalho que tem como finalidade produzir elaborações e discussões que apontem as semelhanças e as diferenças entre a atuação do praticante de psicanálise em uma instituição e a do atendimento clínico que tem como foco a produção de um analista. O que se espera dos atendimentos em um hospital são intervenções com efeito analítico que produzam uma experiência de sujeito, e não a conclusão de um processo de psicanálise. São experiências clínicas construídas a partir dos atendimentos realizados e de protocolos de pesquisa preenchidos no período de maio de 2008 a maio de 2010.

Tornou-se efetiva também, uma pesquisa documental referente aos modos de funcionamento do serviço ao qual o projeto se articula. Será apresentada a história do Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, já que isso se mostra importante para a contextualização da prática analítica nessa composição particular.

O Pronto-atendimento representa uma unidade diferente de outras dentro da própria instituição, criada há 80 anos, em agosto de 1928, como hospital de ensino. O Hospital das Clínicas da UFMG é hoje referência de saúde para o município de Belo Horizonte e para o Estado de Minas Gerais. Participa da estratégia da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade e integra o Sistema Único de Saúde (SUS). Faz parte da estrutura da Universidade Federal de Minas Gerais, como um hospital da rede pública e conta com estrutura administrativa própria e com um modelo de gestão baseado em Unidades Funcionais. (MACÊDO, et. al., 2009).

A questão do trabalho do analista na clínica da urgência no hospital foi problematizada a partir dos ensinamentos da psicanálise de orientação lacaniana relativos à questão da urgência subjetiva e do trauma possibilitando-se assim, melhor compreensão desta prática específica.

Esta investigação se justifica porque, atualmente, muito se ouve falar sobre urgência subjetiva e trauma. Laurent (2006, p.23, tradução nossa) afirma que “a palavra trauma se dirá cada vez mais em todas as línguas⁶”, à medida em que há uma melhor descrição científica que dá consistência à causalidade programada e provoca a irrupção do não programável. Para ele, são evidentes os benefícios conquistados a partir da sistematização da medicina, de uma melhor descrição científica acerca dos processos humanos, porém, também é visível que essa situação faz existir a busca de controle dos fatos, dos modos de funcionamento, em nome do bem-estar humano e desta forma, tudo que não funciona, que escapa à programação, pode ser considerado traumático.

A expansão da clínica do trauma favorece a oportunidade para que a psicanálise e a medicina, campos de conhecimentos bastante envolvidos com o tema da urgência, possam sinalizar suas diferenças estabelecendo assim, a importância de investigar, construir e implementar um marco teórico e clínico que considere e atenda, em suas especificidades, a clínica da urgência subjetiva no contexto do hospital geral a partir dos pressupostos da psicanálise.

É por incidir sobre o espaço e o tempo, o sujeito e o social, que a questão da urgência tem merecido destaque nas discussões atuais, tanto pelas conseqüências causadas pelo rompimento com o simbólico, quanto pela vertente dos dispositivos institucionais que acolhem as chamadas situações urgentes.

Glória Maron (2008) afirma que as mudanças na civilização em relação ao tempo e à recusa das contingências que apontam para o traumático, têm efeitos na subjetividade. Com isso, evidencia-se a importância de se pensar o trabalho do analista na clínica da urgência de um hospital geral e em seu saber fazer da psicanálise frente à irrupção do real. É preciso escutar a urgência.

⁶ “La palabra trauma se dirá, cada vez más en todas las lenguas” (LAURENT, 2006, p.23).

2 HISTÓRICO DA EXPRESSÃO URGÊNCIA SUBJETIVA E DO TERMO TRAUMA

A atualidade é marcada por uma esfera de pressa e de agitação constantes. As crises e as desordens são freqüentes e o que se observa é que o fenômeno urgência está presente em diversos âmbitos da vida cotidiana. O que parece ser específico de uma época atual é descrito com uma clareza estonteante em tempos remotos. Presume-se, então, que o que mudou, não são os acontecimentos ligados às situações de impacto ou às catastróficas, que sempre existiram na história. Não há mais tragédias hoje do que outrora. Urgências sempre existiram. O que se conhece, portanto, é um novo estatuto do termo urgência nos dias atuais, vinculado ao que Laurent (2004) denominou de época da generalização do trauma.

As extraordinárias realizações dos tempos modernos, as descobertas e as investigações em todos os setores e a manutenção do progresso, apesar de crescente competição, só foram alcançados e só podem ser conservados por meio de um grande esforço mental. Cresceram as exigências impostas à eficiência do indivíduo, e só reunindo todos os seus poderes mentais ele pode atendê-las. (...) Tudo é pressa e agitação. (...) A vida urbana torna-se cada vez mais sofisticada e intranquila. Os nervos exaustos buscam refúgio em maiores estímulos e em prazeres intensos, caindo em ainda maior exaustão. (FREUD, [1908]1996, p.170)

Toda essa descrição minuciosa sobre a modernidade parece bastante atual. No entanto, foi retirada do texto freudiano “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna”, escrito em 1908. Neste texto, Freud transcreve um ponto da pesquisa do neurologista americano W. Erb que teve como objetivo demonstrar a relação existente entre a alta incidência da doença nervosa e a moderna vida civilizada. Apesar de parecer um sintoma novo, específico da atualidade, a pressa, a urgência, também faziam parte do cotidiano do início do século XX.

Descrições da contextualização social da época demonstram um tempo de grandes avanços tecno-científicos, de descobertas importantes, mas que interferiam no funcionamento psíquico dos indivíduos. Torna-se clara então, a importância de se contextualizar as coordenadas sociais de cada época em que os estudos estão sendo realizados.

E ele acrescenta:

A literatura moderna ocupa-se de questões controvertidas, que despertam paixões e encorajam a sensualidade, a fome de prazeres, o desprezo por todos os princípios éticos e por todos os ideais, apresentando à mente do leitor personagens patológicas, temas revolucionários e outros. (...) enquanto as artes plásticas se voltam de preferência para o repulsivo, o feio e o estimulante, não hesitando em apresentar aos nossos olhos, com nauseante

realismo, as imagens mais horríveis que a vida pode oferecer (FREUD, [1908]1996, p.170).

Diante da articulação que Erb fez entre doença mental, progresso da civilização e aceleração tecnológica, Freud aponta para uma insuficiência na explicitação das peculiaridades dos distúrbios nervosos e no ignorar justamente do fator etiológico que ele considera mais importante: “a influência prejudicial da civilização reduz-se principalmente à repressão nociva da vida sexual dos povos (ou classes) civilizados através da moral sexual ‘civilizada’ que os rege” (FREUD, [1908]1996, p.172).

Para o fundador da psicanálise, os avanços e as conquistas no campo da ciência e da tecnologia fizeram com que o homem se tornasse um “Deus de prótese”. Entretanto, para Freud, essa nova condição humana não implica que haja um aumento ou uma diminuição da satisfação nem da felicidade. Ele aponta que para entender os efeitos da civilização sobre os indivíduos e suas doenças, é preciso centrar-se na “supressão das pulsões”; e quanto a isto, a tecnologia influencia de forma pouco importante. Assim, as declarações de Erb, atentas ao desenvolvimento tecnológico e aos seus efeitos, parecem estar mais próximas dos tempos atuais, em que proliferam discursos sobre os impactos desses aparatos sobre os indivíduos e a sociedade.

Tendo em vista que a expressão urgência subjetiva, que delimita o eixo central desta pesquisa por representar uma coordenada discursiva atual bastante ligada ao sofrimento psíquico, não foi utilizada nas obras de Freud, fez-se necessária uma investigação mais precisa sobre o termo trauma. Atualmente, quando se fala em urgência subjetiva, remete-se sempre ao conceito de trauma. Tenta-se aproximar essa terminologia com o contexto em que a expressão urgência subjetiva poderia estar presente na obra freudiana. O conceito de trauma, que pode ser amplamente vinculado à urgência, foi extensamente trabalhado por ele e cabe ressaltar alguns dos seus apontamentos.

O termo trauma, bastante investigado por Freud será abordado para que se possa compreender o percurso de sua elaboração relativo à terminologia. Desde o *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895/1996) teoriza o que é traumático para o sujeito relacionando o trauma à excitação e à descarga de energia no aparelho psíquico, definição esta, que vai se modificando ao longo do percurso de sua teorização. Miller define o trauma em Freud como:

O acontecimento fundador do traço de afetação é um acontecimento que mantém um desequilíbrio permanente, que mantém no corpo, na psique, um

excesso que não deixa de se reabsorver. Temos aqui, a definição geral do acontecimento traumático, aquele que deixará traços na vida subsequente do falante. (MILLER, 2004, p. 53)

O início da obra freudiana é marcado pela teoria do trauma da sedução sendo ele o responsável pelos sintomas histéricos. “Os sintomas da histeria são determinados por certas experiências do paciente que atuaram de modo traumático e que são reproduzidas em sua vida sob a forma de símbolos mnêmicos.” (FREUD, 1896/1996, p.190). Porém, em 1897, na *Carta 69* (FREUD, 1897/1996) dirigida a Fliess, ele abandona esta teoria dizendo não acreditar mais em sua neurótica. Freud, no entanto, nunca deixou de investigar o tema.

No texto *A sexualidade na etiologia das neuroses*, (FREUD, 1898/1996) define que o que era responsável pelo trauma era a própria sexualidade e não a contingência. Deduz-se disso um trauma incontestável ligado ao sexo, produzindo assim, uma mudança de foco na teoria freudiana do trauma de sedução para o trauma vinculado a um conteúdo sexual.

A perspectiva analítica, a partir das formulações freudianas e diferente da aliança realizada entre a ciência e a biologia, consegue perceber e sustentar a importância da dimensão subjetiva, do laço que está situado entre o sexual e o social, e com isso, é capaz de elucidar a relação do sujeito com a palavra. Para Freud, o trauma se produz porque existe uma conexão entre o afeto e a palavra. Isso pressupõe não renunciar a relação que o indivíduo estabelece entre si e seu universo simbólico, entre si e seu sintoma, entre si e seu semelhante, transcendendo a idéia de trauma como acontecimento externo.

O que interessa é perceber que Freud, no século XX, já descrevia as doenças psíquicas levando em consideração a subjetividade e o momento da sociedade, produzindo assim, o que se pode pensar como uma espécie de correlato daquilo que Guillermo Belaga (2008) define como a urgência subjetiva dos tempos atuais.

É nesse sentido que a ‘urgência’ se apresenta como uma nova forma sintomática ligada ao traumatismo generalizado de nossa época, na qual a modalidade temporal que responde ao acontecimento, ou à inserção de um trauma, seria um signo da emergência do que urge como traumatismo, como furo num discurso que até esse momento, ordenava o sentido da vida. (BELAGA, 2008, p.17)

Belaga, psicanalista argentino, tem se dedicado a teorizar com rigor sobre a temática da urgência. Algumas de suas publicações representam eixos importantes da pesquisa com o tema proposto. Entre elas são apontadas: *La urgencia generalizada – La practica em el hospital* (BELAGA, 2006a), *La urgencia generalizada 2 – Ciencia, política y clínica del*

trauma (BELAGA, 2005) e o texto *Urgencias subjetivas: teoría e clínica* (BELAGA, 2006b) publicado na Revista Logos 4.

Ele aborda a urgência no contexto da psicanálise aplicada à prática em hospitais diferindo tal conceito do que se tem construído sobre a expressão urgência subjetiva. Define que a urgência é um conceito trazido da medicina psiquiátrica que implica o encontro com um limite e, mesmo tendo esse ponto comum, difere-se da urgência subjetiva. Uma urgência impõe uma pressa por uma resposta que convoca a atenção de diversos profissionais da instituição hospitalar, entre os quais o praticante de psicanálise.

Parte-se do princípio de que a urgência subjetiva não é simplesmente a clínica da angústia. Urgência subjetiva é aquela, que se configura enquanto tal, a partir de uma intervenção analítica na qual se extrai o ponto de subjetividade contido na situação.

Para Belaga (2006b), a urgência subjetiva aparece como um correlato clínico contemporâneo, como um sintoma social ou uma resposta ao fenômeno da generalização do trauma, tal como proposto por Laurent. É uma apresentação do sofrimento atual ligado a coordenadas da época, a um certo ideal de ordem das ciências. Mas há algo que não serve em nenhuma proposta de nenhum programa científico e que tem como efeito o traumático, o trauma generalizado.

A urgência subjetiva, em correspondência a esse novo formato social, com novas coordenadas discursivas, surge como produto de um mundo transformado pela ciência e pela globalização econômica. A busca incessante de uma resposta rápida e eficaz ao mal-estar humano produz efeitos na subjetividade dos indivíduos, que são tomados pela exigência de saber mais, de tratar tudo, de curar sempre. Investem-se em pesquisas científicas com a expectativa de se criar um objeto que seja capaz de sanar o sofrimento humano e as ciências tornam-se um ponto de ancoragem dos indivíduos. A comunidade de profissionais da saúde não está livre desse formato discursivo.

À medida em que a ciência avança em suas descrições detalhadas sobre o homem, desde a programação genética até a programação do meio que o circunda, não deixando escapar o cálculo dos riscos possíveis, faz existir uma “causalidade programada”, tal como descrita por Èric Laurent (2004, p.21). O Homem acaba acreditando ser possível programar e controlar suas máquinas, seu entorno, sua vida. Esta exigência imposta e aderida aos indivíduos inseridos em sociedade causa sofrimento psíquico e não acontece sem produzir efeitos subjetivos.

Esses efeitos podem ser tomados como traumáticos quando os objetos oferecidos, a tecnologia promissora e a segurança imaginária afirmada, fracassam. Pode-se resumir que,

tudo que escapa à programação torna-se trauma, deixando aparecer o avesso dramático da oferta de um fim para o mal-estar. O indivíduo se vê imerso então, em uma situação de crise. Algo irrompe a partir do não programado e deflagra uma urgência subjetiva. O sujeito é impelido a solucionar o que saiu da programação e assim demanda efeitos terapêuticos rápidos que lhe dêem um sentido para esse furo no discurso singular e, mesmo, coletivo.

O que se percebe nos dias atuais é que o momento da pressa e da agitação descrito no texto de Freud é vivido com tal intensidade que as situações passam a ser urgentes em vários aspectos da vida cotidiana. No pronto-atendimento de um hospital geral, não é diferente. As demandas de atendimento dirigidas aos profissionais da escuta, geralmente vêm acompanhadas do significante URGENTE. Por que é que não é possível esperar? O que é urgente em cada situação? Esse é o fenômeno social que Laurent vai chamar de urgência generalizada e que marca a clínica nos tempos atuais.

A urgência generalizada pode ser entendida como aquilo que diz de um traumatismo, tanto no âmbito coletivo como no singular, onde se encontra uma impotência do discurso na hora de ler o acontecimento (BELAGA, 2005).

Calazans e Bastos (2008) descrevem com clareza o termo em seu texto *Urgência subjetiva e clínica psicanalítica*:

A noção de urgência generalizada pode ser tomada em dois sentidos que não são excludentes, mas de níveis distintos: é generalizada por não destacar a singularidade do sujeito e partir do Outro; e é generalizada por partir da idéia de que o transtorno é geral. (CALAZANS; BASTOS, 2008, p.646)

Sotelo (2006) esclarece que uma urgência subjetiva geralmente não se apresenta com esse formato desde o início de sua precipitação. O paciente chega com uma urgência generalizada, com uma queixa muitas vezes vinculada a um mau funcionamento da saúde ou a um transtorno do bem-estar. Essa característica generalista da urgência faz com que ela seja endereçada a uma instituição⁷ de saúde e não a um consultório de psicanálise. Entretanto, o encontro com um praticante de psicanálise no serviço de urgência de um hospital geral pode

⁷ Laurent (2007) elabora que pensar em uma instituição é ter em vista que há neste termo um duplo percurso semântico, entre “regra” e “comunidade de vida” e que nela, o sintoma não tem o mesmo lugar ocupado na psicanálise. “A palavra aparece com o sentido de ‘ação de instituir’ (alguma coisa), fundação [...]; o sentido comum de ‘aquilo que é instituído’, pessoa moral, regime legal etc. (...) Coisas instituídas designa o conjunto das estruturas fundamentais da organização social. (...) Disso decorre, no século XX, o emprego do termo ‘instituição’ a respeito de cada setor da atividade social, e seu emprego absoluto designando as estruturas que mantêm um estado social” (LAURENT, 2007, p.237).

destacar algo da subjetividade no conteúdo da urgência, produzindo um efeito de sujeito naquele que é escutado.

A urgência generalizada só se torna urgência subjetiva por intermédio de uma intervenção analítica, quando, por meio da escuta, é possível localizá-la em torno de alguns significantes extraídos da fala do sujeito. Portanto, pode-se dizer que a urgência subjetiva é construída e que a presença do profissional, orientado pela psicanálise, em uma instituição para onde são encaminhadas as infundáveis urgências, é o que possibilitará esse desfecho.

Belaga (2005) descreve que vive-se um fenômeno clínico e social que se encontra na interface entre a descrição científica do mundo e um fenômeno cultural que a excede, próprio da imersão do sujeito na sociedade. Tal proposição esclarece o porquê de tantos encaminhamentos urgentes endereçados aos hospitais gerais. O paciente vivencia o vazio, o insuportável sem se dar conta do seu enredo, da sua falta de sentido. Seu corpo é tomado por angústia e diante do mal-estar, busca o alívio no saber médico. “Isto ocorre porque frente ao vazio subjetivo, onde já não existe um ideal comum que iguale os sujeitos, a ciência passa a ser um discurso que dá um ajuste, um sentido. O discurso da ciência aparece como um ponto de capitón, como o Nome-do-Pai⁸” (BELAGA, 2005, p.12, tradução nossa).

O hospital geral, tomado como uma instituição, é sempre marcado por ideais e é convocado a responder a um certo número de exigências sociais. Neste tipo de instituição, a exigência atual do uso de protocolos, representa um ponto dessa tentativa de resposta, já que tais instrumentos dão a idéia do que fazer em cada quadro clínico descrito. São descrições dos procedimentos rotineiros de cada especialidade de profissional que atua em um serviço de saúde e que têm como objetivo maior regular e uniformizar os atos daqueles que trabalham em uma unidade. Constitui-se um saber baseado na objetividade que auxilia para que uma rotina seja estabelecida, uma tentativa de que nada saia do programado, daquilo que foi definido como a melhor conduta para cada situação. Rotina esta, que prevê o atendimento a todos com uniformidade, pela generalização dos sintomas e que pressupõe um saber anterior ao paciente.

No entanto, trabalhar com a subjetividade exige uma invenção para cada sujeito que é atendido, que é escutado. É preciso moldar o protocolo a um uso particular para cada um que adentra a instituição, mas isso exige que se admita que o saber não está no instrumento. Quando se trata de sujeito, não é possível elaborar e descrever um saber, através de

⁸ Esto ocurre porque frente al vacío subjetivo, donde ya no existe un ideal común que iguale a los sujetos, la ciencia pasa a ser un discurso que da un abrochamiento, un sentido. El discurso de la ciencia aparece como un punto de capitón, como el Nombre del Padre. (BELAGA, 2005, p.12)

protocolos, que estabeleçam rotinas que sirvam a todos e que auxiliem no momento da ação. O saber não é pressuposto, ele vem do outro, do sujeito que sofre de algo que, no instante da urgência, está sem sentido algum.

Assim, o praticante de psicanálise inserido no contexto hospitalar não pode negar os avanços propostos pela ciência e que beneficiam o coletivo. Essa realidade é própria do momento atual e a intervenção analítica pode utilizar-se disso que abre um espaço para o campo da escuta. É possível colocar o sujeito a trabalho na expectativa de possibilitar que algo subjetivo possa advir, de fazer surgir a particularidade de cada um no que é vivido por todos. A psicanálise sustenta que a reação frente ao trauma é muito particular e que se deve escutar a singularidade de cada um. Para tanto, não há nenhuma resposta pronta ou tratamento *standard* para um sujeito submetido aos efeitos de um trauma.

Belaga (2005) menciona a possibilidade de resposta do praticante de psicanálise em uma instituição diante do fenômeno da urgência generalizada, que considera novo e de grande abrangência: “temos aprendido em nossa prática, que no início, o paciente vem como sujeito exposto em sua singularidade padecendo do universal, e quem o recebe aposta no sentido, na construção do Outro, tanto temporal como espacial⁹” (BELAGA, 2005, p.10, tradução nossa). Neste primeiro momento, o praticante de psicanálise servirá como auxiliar no encontro do sujeito em crise com um sentido para o acontecimento, para o sofrimento, com o objetivo de possibilitar algum grau de elaboração acerca da situação traumática vivida o mais rápido possível.

O que define uma urgência é a exigência de uma resposta rápida. O praticante de psicanálise inserido em uma instituição hospitalar vai, como os outros profissionais que ali atuam, agir com a rapidez que lhes é exigida diante de uma situação urgente. Essa atuação, porém, também prevê uma pausa, um intervalo, uma tentativa de inserção do simbólico no que era sem sentido, de produzir uma busca de tratamento do sujeito que foi escutado.

A eficácia do praticante de psicanálise não se reduz a isso, a suprir em um primeiro momento o vazio com um sentido. A cura também conduz ao mais específico da psicanálise que estaria em contemplar não só o contingente traumático que motivou a consulta, mas ter no horizonte da experiência outra vertente do trauma: a do trauma como real da não relação sexual. E nesta perspectiva o que importa é reinventar um Outro que já não existe; como foi

⁹ “Hemos aprendido de la práctica, que em sus comienzos el paciente viene como sujeto expuesto en su singularidad padeciendo de lo universal, y quien lo recibe apuesta al sentido, a la construcción Del Otro, tanto temporal como espacial” (BELAGA, 2005, p.10).

desvelado pelo mesmo acidente e/ou pela catástrofe, pela perda, pelo luto¹⁰ (BELAGA, 2005, p.11, tradução nossa).

Para Belaga (2005), a intervenção analítica na urgência também implica, frente a esse furo no Outro, apostar em uma invenção. Ajudar para que o sujeito conceba outra narrativa “causando” o paciente para que reencontre regras da vida com um Outro que já está perdido, para que invente a partir do traumatismo, um caminho novo.

Entretanto, nem sempre a expressão urgência subjetiva teve o mesmo sentido deste proposto por Belaga, que dá ao momento atual da sociedade tamanha importância. A primeira referência encontrada sobre o tema da urgência subjetiva e a prática do analista no hospital geral foi a publicação *A urgência – o psicanalista na prática hospitalar*¹¹ (BIALER, et.al., 1990, tradução nossa), que apresenta um grupo argentino de investigação e assistência sobre a urgência. Esse grupo começou o trabalho sobre as urgências em 1987, quando foi percebido que a experiência da urgência era um terreno praticamente descuidado pelos psicanalistas, somente suportado pelos psiquiatras com seu aparato farmacológico, com o objetivo de aquietar os sintomas da crise. Para a psicanálise, a urgência subjetiva transpõe a urgência psiquiátrica.

O início dessa atividade no espaço hospitalar provocou uma interlocução possível entre os discursos divergentes da medicina e da psicanálise produzindo-se, com inventividade e criatividade diante das dificuldades, um espaço para a clínica do impossível, para a clínica do real. Real aqui, tomado como ausência de um programa, mas que remete ao impossível de ser suportado.

Outros psicanalistas tais como Éric Laurent, François Leguil e Ricardo Seldes, que têm importância expressiva na atualidade, também tiveram participação na citada publicação. A iniciativa surgiu a partir da experiência clínica deles, da observação sobre o aumento das demandas chamadas urgentes e de que esse era um campo de atuação que exigia maior intervenção da psicanálise.

Ao formar o grupo que investigaria e daria assistência às emergências, partiram da idéia de trabalhar com os pacientes que atravessavam uma crise, termo mais próximo da urgência no momento. Pensar em urgência era pensar em crise, em ruptura aguda provocada

¹⁰ Su eficacia no se limita a esto, a suplir en un primer momento el vacío pánico con el sentido, sino que la cura también conduce a lo más específico del psicoanálisis que estaría en contemplar no solo el hecho contingente traumático que motivó la consulta, sino a la vez tener en el horizonte de la experiencia, otra vertiente del trauma: la del trauma como real de la no relación sexual. Y en esta perspectiva lo que importa es reinventar un Otro que ya no existe; como fue develado por el mismo accident y/o catástrofe, por la pérdida, por el duelo. (BELAGA, 2005, p.10).

¹¹ “La urgencia – el psicoanalista en la práctica hospitalaria”

pelo desequilíbrio homeostático da vida, pela perda de alguém próximo ou por qualquer acontecimento traumático.

A urgência, seja o evento, o encontro, o trauma, é a ocasião de um corte, de uma tomada de posição inédita se o paciente que se encontra comprometido, está bem acompanhado. Sem embargo, a tarefa não é tanto a de fazer saber aquele que sofre a urgência, que esta é uma sorte, uma pechincha para se aproveitar, ou que há a perspectiva de retornar ao estado “natural” da verdade de sua condição¹² (LEGUIL, 1990, p.26, tradução nossa).

O que se instituiu a partir desse momento é que, para a psicanálise, a clínica da urgência não deveria ser tratada tal como o era pela clínica médica. A medicina entende que em uma urgência há coisas para se fazer, enquanto a psicanálise entende que, em uma urgência, há coisas para se dizer (BIALER, et.al., 1990).

A urgência foi pensada como uma ruptura aguda e, enquanto a clínica médica supõe um saber que elimina a dimensão do tempo agindo imediatamente sobre o acontecimento, a urgência vista pela vertente da psicanálise supõe a pressa, mas, também, a pausa. A urgência médica exige que não haja intervalo entre o chamado e a resposta, tratando o pedido como uma necessidade, pois assim são treinados e assim é exigido que façam. Desconhece que no que concerne ao sujeito, referente à linguagem e à palavra como estruturantes, a necessidade está perdida, uma vez que o corpo não é só o organismo, é o corpo mais sua porção de gozo.

Fica sempre presente a questão do que fazer para que sejam mantidos os princípios da psicanálise quando se trabalha em uma instituição em que a vida e a morte estão sempre em jogo, onde a pressa e o imperativo de salvar a “qualquer preço” se sobrepõem à urgência de escutar a voz do sujeito. É preciso que a urgência do organismo seja tratada para que o praticante de psicanálise possa trabalhar a urgência subjetiva.

Seja qual for o modo como a urgência chega, o praticante de psicanálise vai propor escutá-la de um modo particular. O chamado não exige então, uma resposta, mas sim uma pergunta: quem fala? De onde fala?

A urgência subjetiva traz em si um componente de subjetividade vinculado à linguagem. Só pode ser vislumbrada a partir da relação que o sujeito estabelece com o traumático e, nesse ponto, o que se investiga, é que há um único uso dessa expressão na obra lacaniana, mas não com a mesma teorização proposta por autores já citados.

¹² La urgencia, sea el evento, el encuentro, el trauma, es la ocasión de un corte, de una toma de posición inédita si el paciente que se encontra comprometido, está bien acompañado. Sin embargo la tarea del analista no es tanto la de hacer saber a aquel que sufre la urgencia que ésta es una sorte, una ganga, para aprovechar, la perspectiva de acercar al estado “ natural” la verdad de su condición (LEGUIL, 1990, p.26).

Lacan trabalha o conceito de trauma em toda a sua construção teórica e situa o trauma no momento em que o organismo humano é marcado pela linguagem. Linguagem esta, que não atinge sua função primordial, a saber, a de comunicar. Para ele, “o trauma acaba sendo um acontecimento de discurso, a captura do corpo do falante pela língua, é mais um processo do que um acontecimento” (FERRARI, 2004, p.149). Miller retoma Lacan:

O traumatismo, no sentido que dá Lacan, o núcleo do acontecimento traumático não é relacionável a um acidente, mas a possibilidade mesma do acidente que deixa traços de afetação, no sentido amplo que dei, a possibilidade mesma do acidente contingente que se produz necessariamente sempre, que abre a incidência da língua sobre o ser falante, e precisamente, a incidência da língua sobre o corpo. Isto quer dizer que não é a sedução, não é a ameaça de castração, não é a perda do amor, não é a observação do coito parental, não é o Édipo que é o princípio do acontecimento fundamental, traçador de afetação, porém, a relação com a língua. (MILLER, 2004, p. 53)

Laurent acrescenta que “o trauma é um buraco no interior do simbólico.” (LAURENT, 2004, p.25). É o que foi segregado do simbólico e que fica incapaz de representação. Trauma e urgência subjetiva podem ser pensados como aquilo do real que toca o simbólico e, por isso, a importância da posição do analista e da precisão do seu ato.

A urgência aparece em relação direta com um vazio, um pânico que tem relação com o real. Parte-se do princípio de que “uma urgência se apresenta sempre que ocorre um rompimento agudo da cadeia significante, em que o sujeito, nesse momento, não pode contar com as representações simbólicas e imaginárias em que se apoiava, configurando-se, assim, uma suspensão temporária do lugar do sujeito no simbólico.” (MACÊDO, 2008, p.58)

É do dizer, da fala do sujeito, que a experiência psicanalítica irá se ocupar, da angústia que está implicada nela e do desatamento da cadeia significante que ocorre em um momento de urgência. Essa é a marca que difere o sujeito, objeto de interesse da psicanálise, do indivíduo. Os indivíduos desconhecem a divisão do sujeito e a experiência do inconsciente sobre a qual a psicanálise atua. A atuação analítica aponta justamente para a posição do sujeito diante da linguagem, dos significantes que narram sua história.

O trabalho da palavra que um analista propõe não é o de suturar a falha subjetiva de domínio que denota o sintoma. (...) O analista interroga ao real, ao real do gozo e isto produz efeitos. Não o interroga como o faz o homem da ciência, que em definitivo espera apagar a subjetividade, que não tardará aparecer. O analista na urgência interroga ao real partindo da condição da existência do inconsciente e do gozo que este comporta¹³ (SELDES, 1990, p.31, tradução nossa).

¹³ El trabajo de la palabra que un analista propone, no es el de suturar la falla subjetiva de dominio que denota el síntoma. Ni terapia, ni religión, ni cultura, aunque todas ellas exigen una renuncia al goce, un acotamiento del

Em uma situação de urgência, portanto, o praticante de psicanálise estará disposto a escutar o que se passa. Mesmo que haja poucas palavras, o objetivo é localizar na fala do sujeito aquilo que desencadeou uma crise para tentar intervir produzindo um efeito apaziguador da urgência. Laurent aponta a função daquele que escuta um sujeito em crise: “Se não se tem idéia das coordenadas de um sujeito, não se pode falar de onde cai este sujeito. É preciso saber se há uma identidade, nome, direção, de qual discurso familiar se produz a ruptura”¹⁴ (In: BIALER, et.al., 1990, p.20, tradução nossa). Com a escuta e as intervenções, pretende-se causar o sujeito, colocá-lo a trabalho para tentar transformar a urgência em uma demanda de tratamento, o que poderia ser tomado como a finalização da urgência.

Ricardo Seldes, em seu texto “A urgência e o discurso”¹⁵ (1990, tradução nossa) publicado nesta mesma referência, tenta abordar a especificidade da intervenção do praticante de psicanálise em uma situação de urgência apontando a importância de sua atuação. Em se tratando de uma situação de urgência subjetiva, supõe-se um sofrimento que se tornou insuportável para o sujeito, impossível de ser colocado em palavras e imagens, de ser simbolizado e isto, por si só, como assinala Seldes (2006), é suficiente para tomarmos a urgência como demanda. Há tempos observava-se que as urgências eram tratadas especialmente pela psiquiatria, mas isso não retira as possíveis contribuições da psicanálise nesse tipo de tratamento.

Qual é a especificidade da psicanálise na urgência? Qual é a especificidade de nossa intervenção neste terreno? (...) Temos tentado fazer algumas precisões sobre os fundamentos teóricos que marcam nossa prática na urgência e definem a ética que nos comanda. Poderia-se estabelecer a questão em outros termos e procurar encontrar alguma contestação no estudo da história da psicanálise, especialmente, na da psicanálise na Argentina para descobrir porque a urgência subjetiva se transformou num terreno quase que absoluto da psiquiatria. Isto é tão assim, que se fala sempre nomeando-as como urgência psiquiátricas¹⁶ (SELDES, 1990, p.29, tradução nossa).

mismo. El analista interroga a lo real, a lo real del goce y ésto produce efectos. No lo interroga como lo hace el hombre de ciencia, quien en definitiva, espera borrar la subjetividad que no tardará en aparecer. El analista en la urgencia interroga a lo real partiendo de la condición de la existencia del inconsciente, y del goce que éste comporta (SELDES, 1990, p.31).

¹⁴ Si no se tiene Idea de las coordenadas de un sujeto, no se puede callar de donde cae este sujeto. Es preciso saber si tiene una identidad, nombre, dirección, de qué discurso familiar se produce la ruptura (In: BIALER, et.al., 1990, p.20).

¹⁵ “La urgencia y el discurso” (SELDES, 1990, p.29).

¹⁶ ¿Cuál es la especificidad del psicoanálisis en la urgencia? ¿Cuál es la especificidad de nuestra intervención en este terreno? (...) Hemos intentado hacer algunas precisiones sobre los fundamentos teóricos que marcan nuestra práctica en la urgencia y definem la ética que nos comanda. Se podría plantear la cuestión en otros términos e procurar alguna contestación en el estudio de la historia del psicoanálisis, especialmente en la del psicoanálisis en la Argentina para descubrir por qué la urgencia subjetiva se transformó en terreno casi absoluto de la

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

Conceber a psicanálise como clínica do real implica que de nenhum modo o analista poderá desinteressar-se destes momentos de crise na vida de um sujeito que, ao não poder dar conta do seu sofrimento, inefável, cai fechado no maior mutismo, é impulsionado a atos desesperados ou é preso na mais cruel angústia. É justamente disso que a psicanálise se ocupa, segundo Lacan, já que se refere ao que não anda, ao real e por ele estamos obrigados a colocá-lo nos ombros, a suportá-lo a dar-lhe frente¹⁷ (SELDES, 1990, p.29, tradução nossa).

Todas essas descrições fazem perceber que o que é da ordem da urgência e do traumático e que não pode ser desvinculado do real tomou uma dimensão social importante a partir dos anos 80. O fato ocorrido no dia 11 de setembro de 2001, o atentado terrorista contra as Torres Gêmeas nos Estados Unidos, foi certamente, um dos acontecimentos que marcou o que Éric Laurent (2004) denominou como a “época da generalização do trauma”. Tal evento exibiu a extensão do real, destruindo a imagem de uma “potência mundial” e demonstrando que o seu alcance excede tudo o que é utilizado para dar conta dele. Presentificou-se a dimensão do Outro que não existe e dos semblantes. As palavras ao seu redor tentam registrar o sem-sentido, mas há algo que sempre escapa, sempre resiste, indicando o verdadeiro buraco no simbólico. Para Laurent, o estatuto clássico do trauma, utilizado até os anos 80, mudou: “Qualificar um tal fato como ‘traumático’, pode, agora, ser feito num sentido clínico e não apenas metafórico” (LAURENT, 2004, p.21).

psiquiatria. Esto es tan así que si se habla de urgencias siempre se lãs liga a Ella nombrándolas como urgencias psiquiátricas (SELDES, 1990, p.29).

¹⁷ Concibir el psicoanálisis como clínica de lo real, implica que de ningún modo el analista podrá desentenderse de estos momentos de crisis en la vida de un sujeto, el que al no poder dar cuenta de su sufrimento, inefable, queda encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a actos desesperados o es presa de la más cruel angústia. Justamente es de lo que el psicoanálisis se ocupa, según Lacan, ya que se refiere a lo que no anda, lo real y por ello estamos obligados a ponerle el hombro, a soportarlo, a hacerle frente (SELDES, In: BIALER, et.al., 1990, p.29).

A dimensão que o termo tomou na atualidade pode ser tratada do ponto de vista clínico por estar situada na interface entre a dimensão científica do mundo e um fenômeno cultural que a excede.

Na medida em que a ciência avança em sua descrição de cada uma de nossas determinações objetivas, desde a programação genética até a programação do meio ambiente, passando pelo cálculo cada vez mais preciso dos riscos possíveis, a ciência faz existir uma causalidade programada. O mundo, mais que um relógio, aparece como um programa de computador. É a nossa maneira atual de ler o livro de Deus. Na medida em que apenas essa causalidade é recebida, surge o escândalo do trauma que, ele sim, escapa a toda programação (LAURENT, 2004, p.21).

Então, tudo o que não é programável se torna trauma. Em um primeiro sentido, Laurent define que o trauma é aquilo que faz um buraco no interior do simbólico. Um ponto de real que permanece exterior a qualquer representação simbólica. E diante de um risco para a saúde, para a segurança, para as certezas que cada um construiu, o sujeito se vê imerso em um universo desconhecido e impossível de ser colocado em palavras. A presença do real é o que produz angústia e que pode desencadear um sintoma no corpo, uma situação traumática, uma urgência subjetiva. “O sintoma pode aparecer como um enunciado repetitivo sobre o real [...]. O sujeito não pode responder ao real a não ser fazendo um sintoma. O sintoma é a resposta do sujeito ao traumático do real” (LAURENT, 2004, p.25).

Eis então o objeto de trabalho de um praticante de psicanálise que se propõe a escutar pessoas em urgência no pronto-socorro de um hospital universitário geral. Diante de uma urgência, de um trauma, Laurent propõe que o tratamento é dar significação àquilo que não tem, é restituir a trama do sentido inscrevendo o trauma na particularidade inconsciente do sujeito. O que produz sentido para o trauma, portanto, é reconhecê-lo como algo particular.

Como psicoterapeuta, ele é aquele que reintegra os sujeitos nos diferentes discursos dos quais ele foi banido. Pode ser-lhe necessário, como terapeuta refazer o laço do sujeito com o discurso da lei, da escola. [...] É assim que o sujeito pode reconciliar-se com a desordem do mundo. (LAURENT, 2004, p.25).

Essa primeira formulação do termo trauma exposta por Laurent não é a única. Ele apresenta outra que foi construída a partir dos comentários feitos por Jacques-Alain Miller sobre o último ensino de Lacan. Laurent aponta que é a estrutura da linguagem na qual a criança é inserida que é o traumático. “A imersão na linguagem é traumática porque ela comporta, em seu centro, uma não-relação” (LAURENT, 2004, p.26).

A própria estrutura da linguagem demonstra que há simbólico no real, que há algo na linguagem que está fora de sentido para o vivente. Ser banhado pelas palavras não traz consigo o sentido da desordem do mundo. Com a entrada na linguagem não se aprendem as regras que compõem o Outro do laço social. Apreende-se aquilo que é apresentado pelo outro e assim se constroem as próprias regras. “O sentido das regras é inventado a partir de um ponto primordial, fora do sentido, que é a ‘ligação’ com o Outro” (LAURENT, 2004, p.26).

Nessa perspectiva, o trauma seria o encontro com o sem sentido da linguagem, com a porção de real insistente, com o Outro que não existe. Isso pressupõe que já não se dê crédito a um Ideal, a um só Deus que seja capaz de ceder sentido às contingências e às regras da vida. Miller (2006) acredita que essa falta do Outro que assegure algo ao sujeito é o que propicia um caminho aberto ao trabalho da psicanálise, já que tal encontro não acontece sem angústia.

A inexistência do Outro inaugura verdadeiramente o que chamaremos *A época lacaniana da psicanálise* – que é a nossa – a época dos desenganados, a época da errância. De que estamos desenganados? Certamente não se enganam mais com o Nome do Pai, com a existência do Outro. Sabem de maneira explícita ou implícita, ignorando-o, inconscientemente, que o Outro é só um semblante¹⁸ (MILLER, 2006, p.10, tradução nossa).

Vive-se uma época em que se vê inscrever-se em seu horizonte a sentença de que não há mais que semblante e as situações de urgência apontam para isso. O mundo dos semblantes, fabricado exaustivamente pelo discurso da ciência, dedicou-se a destruir a ficção criada sobre o real. Diante das questões formuladas pelo encontro com o inesperado, com a falta de sentido, com a morte, o sujeito só tem respostas contraditórias, inconsistentes e em todos os casos, incertas. Tal divisão subjetiva é o que leva o sujeito, muitas vezes, a buscar um tratamento analítico e a psicanálise desempenha um papel de valor na direção da subjetividade atual.

Há nisto, sem dúvida, uma inversão paradóxica. Foi o discurso da ciência que, desde a idade clássica, fixou para nossa civilização, o sentido do real. A partir da seguridade desta ficção científica do real, Freud descobriu o inconsciente e inventou o dispositivo secular que seguimos utilizando, a

¹⁸ La inexistencia del Otro inaugura verdaderamente lo que llamaremos *la época lacaniana del psicoanálisis* – que es la nuestra – la época de los desengañados, la época de la errancia. ¿De qué están desengañados estos *noms-du*? Ciertamente, no se engañan más – más o menos – com el Nombre del Padre; incluso, no se engañan más – más o menos – com la existencia del Otro. Saben de manera explícita, ignorándolo, inconscientemente, que el Otro es solo un semblante (MILLER, 2006, p.10).

prática que nos dedicamos a perpetuar com o nome de psicanálise¹⁹ (MILLER, 2006, p.12, tradução nossa).

O que marca uma psicanálise é a relação que esta estabelece com o real. Miller (2006) afirma que há real na experiência analítica e este aparece como condição e direção próprias de uma psicanálise. Se se omite o real em jogo tem-se como efeito uma angústia, muitas vezes, como consequência da produção de inesgotáveis semblantes, de ficções que se oferecem como tratamento para o mal-estar. Miller (2006) aponta que “À medida que se estende o império dos semblantes, resulta cada vez mais importante manter na psicanálise a orientação até o real. Este é o sentido, (...) que consiste em mostrar o real próprio da psicanálise, tornando-o presente, visível, palpável, manipulável²⁰” (MILLER, 2006, p.13, tradução nossa), já que os semblantes são apenas semblantes. Neste mal-estar, o discurso psicanalítico tem seu lugar e isto aponta para uma importante função do praticante de psicanálise na instituição hospitalar, onde circulam diferentes discursos compartilhados acerca do real.

Como tratamento, é preciso reinventar um Outro que não existe mais. Assim, o praticante de psicanálise se ocupa de ajudar o sujeito a reencontrar a palavra diante do trauma. Coloca o sujeito a trabalho para que ele reconstrua as regras da vida ainda que com a perda do Outro. Porém, não se reaprende a viver com um Outro totalmente destituído. Inventa-se um caminho novo a partir do traumatismo para tentar dar conta do que está fora do sentido, do que excede a qualquer tentativa de sentido do simbólico.

O praticante de psicanálise ocupa a posição daquele que permite o surgimento do inconsciente que emerge sempre em sua dimensão de ruptura do sentido estabelecido anteriormente. Ele é aquele que sabe que a linguagem, em algum ponto, permanece como uma repetição insensata, como um fora de sentido.

É preciso, no entanto, que aquele que pratica a psicanálise saiba que ele não pode reduzir sua posição à de um doador de sentido ou daquele que reconstitui o sentido do que foi recalçado, porque a linguagem não se reduz a isso. Sabe-se que o universo da linguagem não é capaz de produzir um mundo comum e compartilhado. O que é comum a todas as relações intersubjetivas é a não existência da relação sexual, buraco que palavra alguma consegue recobrir ou dar um sentido único e universal.

¹⁹ Hay en esto sin duda una inversión paradójica. Fue el discurso de la ciencia el que, desde la edad clásica, fijó para nuestra civilización el sentido de lo real. (...) a partir de la seguridad de esta ficción científica de lo real, Freud descubrió el inconsciente e inventó el dispositivo secular que seguimos utilizando (aún funciona), la práctica que nos dedicamos a perpetuar con el nombre de psicoanálisis (MILLER, 2006, p.12).

²⁰ A medida que se extiende el império de los semblantes, resulta cada vez más importante mantener en el psicoanálisis la orientación hacia lo real. Este es el sentido, (...) que consiste en mostrar lo real propio del psicoanálisis, volviéndolo presente, visible, palpable, manipulable (MILLER, 2006, p.13).

Para Laurent (2004), se aqueles que trabalham com a psicanálise conseguem ter em mente a importância de se conjugar esses dois sentidos do trauma, a eles é possibilitado obter como consequência, que o trauma é, neste sentido, mais um processo do que um acontecimento e que ele marca para sempre o sujeito e o social.

O mundo contemporâneo foi marcado pelo episódio de 11 de setembro de 2001 e, desde então, o psicanalista é convocado a intervir em situações de urgência, situações traumáticas. Laurent (2004) conclui seu texto *O trauma ao avesso* se perguntando se estaríamos vivendo um tempo homólogo ao de Freud que, no século XX descreveu o “mal-estar na civilização”. Ele propõe que talvez se possa considerar o início do século XXI como o tempo da “civilização do trauma”, tal como descreve nos tempos atuais.

É certo que as situações traumáticas com esse novo contorno e novo lugar no discurso social contemporâneo exigem da psicanálise um novo posicionamento. Para isso, busca-se o rigor teórico que auxilie na experiência da clínica. Alguns teóricos contemporâneos tentam responder às diversas questões relativas a estes assuntos, como foi o propósito do colóquio intitulado “Urgência sem emergência?” que aconteceu no Rio de Janeiro em 2008 e que teve como eixo central das discussões o tema da urgência. Ali procurou-se verificar o atual estatuto da urgência na sua relação com os efeitos da contemporaneidade, o que deu à urgência um lugar de sintoma social na atualidade.

O que há de novo desenvolvido e apresentado na publicação *Urgência sem emergência?* (VIEIRA, 2008) produzida a partir das elaborações do colóquio é o ângulo em que o tempo é focado na questão da urgência. Observa-se uma mudança na experiência do tempo, nas maneiras de se viver o passado, o presente e o futuro, assim como na relação que o sujeito estabelece entre ele e o Outro. Quando se aborda a urgência, é inevitável levar em consideração que tais mudanças no plano da civilização têm efeitos na subjetividade.

Barros (2008) descreve que se vive um novo tempo em relação à urgência. A psicanálise, que na maioria das vezes se dedicou a tratamentos longos e de patologias crônicas, passa a se interessar pelas urgências, pelo que há de mais agudo e inesperado, menos repetitivo e único.

A urgência pode ser pensada como um ponto de ruptura que é vivido pelo sujeito como um limite e que não se manifesta com a noção de tempo e de espaço bem definidos, nem com uma história para se contar. Aparece como sintoma principal das transformações no mundo e que impõe uma mudança nas maneiras de viver. Por isso, não há como desvincular essa situação clínica tão presente na atualidade da prática do analista.

Maron (2008) em seu texto *Urgência sem emergência?* da mesma publicação, demonstra sua percepção em relação ao grande envolvimento não só dos psicanalistas, mas também de todos os profissionais do campo da saúde mental com as questões da urgência. Para ela, “uma das características da situação de urgência é não ter hora ou lugar para acontecer, podendo se precipitar de modo bastante imprevisível” (MARON, 2008, p.10). Essa descrição caracteriza o que Miller (2002) nomeou como “real sem lei” e que incide tanto sobre o sujeito como sobre o social. Pode-se pensar na urgência como a irrupção do real, como algo que requer uma intervenção imediata, como um acontecimento impossível de ser colocado em palavras, desarticulado que está do sentido e do saber.

A noção atual de urgência, tal como proposta por esses autores, pode ser amplamente vinculada ao conceito de trauma na contemporaneidade exatamente no ponto em que toca o real, o não programável, o que escapa a qualquer tentativa de simbolização ou de assimilação por protocolos e padronizações. As classificações tradicionais e toda a tentativa de nomear os fenômenos e elementos da vida e do corpo do indivíduo não dão conta de paralisar aquilo para o qual não há palavras.

Não há como negar ou paralisar o real, e esse se torna, então, o objeto de interesse e de estudos da psicanálise. O elemento comum é a irrupção do imprevisto, do incontrolável e cada sujeito responderá aos acontecimentos da vida de uma maneira particular, o que torna produtiva a escuta do que se passa em cada urgência. É exatamente no momento da urgência, em que algo se rompe e irrompe, que pode aparecer o sujeito de forma mais marcante na sua singularidade. A clínica psicanalítica é fundamentada no trabalho sobre o singular, convocando sua extração, retirando o que há de particular naquilo que o sujeito se deparou do social. O que emerge em uma urgência é o próprio sujeito.

A psicanálise é, cada vez mais, constituída enquanto saber para intervir em situações de crise e sua atuação requer um trabalho direcionado para o sujeito. Maron (2008) deixa isso claro quando coloca a intervenção do analista no centro de suas discussões.

Colocamos no centro do debate uma orientação que se difere radicalmente de qualquer tentativa de resposta adaptativa que pretende a restauração de um *status quo* anterior à emergência de uma crise. Visamos isolar nas coordenadas da irrupção da urgência a marca da singularidade do caso único, além de introduzir pausa onde vigora o regime da pressa. (MARON, 2008, p.14).

A conjuntura social atual, que aponta para um discurso do utilitarismo e do pragmatismo como forma de tratamento do mal-estar do sujeito, requer da psicanálise um

posicionamento. Ela se encontra imersa em um mundo de avaliações, métodos científicos, efeitos terapêuticos comprovados e resultados evidenciados de experiências. O valor terapêutico da psicanálise está naquilo que se deduz de mais particular do sujeito, tomando o caso clínico como um caso único.

Por mais que se constitua um saber que seja capaz de ser transmitido, na experiência da psicanálise, cada sujeito que vem, traz algo novo. Tal como esclarece Quinet (2000), não é possível compor um manual que ajuste a todos os sujeitos, ainda que seja esta, a requisição do campo científico.

Encontramos aqui formalizada a afirmação de Freud de que todo paciente novo implica a constituição da própria psicanálise: o saber que se tem sobre outros casos não vale de nada, não pode ser transposto para aquele caso. Cada caso é, portanto, um caso novo e como tal, deve ser abordado. (QUINET, 2000, p.28).

Compartilha-se da exigência de um efeito terapêutico rápido nos tratamentos oferecidos pelos serviços de emergência de um hospital. Porém, o que funciona com essa lógica atual da pressa, da classificação e da definição de uma ação que alcance a todos declara o seu fracasso quando convoca o praticante de psicanálise a uma prática baseada na rapidez e nos protocolos de atendimentos anônimos. A psicanálise trabalha com um objeto impossível de ser quantificável ou classificável, passível apenas de ser tratado como único. Isso exige invenções de uma prática analítica que tem princípios próprios, que atua com a pretensão de incluir o sujeito, o seu sintoma e o seu gozo.

Jacques-Alain Miller, atento às questões do contexto social atual, percebe a importância da psicanálise estar engajada e produzir efeitos de trabalho analítico. Diante dos acontecimentos traumáticos e das exigências atuais de uma prática urgente, Miller em uma conversação clínica em Barcelona no ano de 2005, trata o tema dos *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise*, o que gera uma publicação com o mesmo nome. Preocupa-se com a eficácia terapêutica dos atendimentos de psicanálise aplicada e fomenta discussões sobre a questão dos tratamentos de curta duração.

Temos colocado a pergunta sobre os efeitos terapêuticos rápidos, pergunta que nunca nos havíamos feito assim, que nos temos feito pela pressão conjuntural Accoyer, e que nos tem feito ver em nossa própria prática coisas que não havíamos conceitualizado antes (MILLER, 2008b, p.55, tradução nossa).

Para ele, a psicanálise precisa continuar sustentando sua prática no mundo do trauma generalizado e isso requer saber do que se trata. Em uma situação de urgência, há que se agir com rapidez, mas não se pode atenuar a responsabilidade de um praticante de psicanálise de saber o que se passa.

Miller afirma que “Em todos os casos nos quais há um trauma, há que se perguntar o porquê. (...) O perigo em si mesmo não é traumatizante” (MILLER, 2008b, p. 41). Um traumatismo se produz quando um fato entra em oposição com um dito essencial para a vida do sujeito. O que torna um acontecimento traumático para o sujeito não é simplesmente a situação de ameaça. O trauma surge como consequência de um hiato, de um furo produzido pela incompatibilidade entre um mundo construído com uma lei e a emergência do real-sem-lei. “Não há sujeito que saiba que o real é sem lei” (MILLER, 2008b, p.45).

Miller inaugura uma teorização a partir dos efeitos obtidos nos tratamentos analíticos em pacientes atendidos por um tempo limitado, diferente daquele proposto, a princípio, para uma psicanálise que tem como objetivo a produção de um analista. A natureza do tratamento analítico acaba por produzir um processo de longa duração. Miller, no entanto, aponta para uma psicanálise realizada em ciclos e demonstra que esse tipo de tratamento pode ser resolutivo em situações específicas.

São casos produzidos graças à pressão política que temos sofrido, e que nos forçou a fazer surgir da nossa prática toda uma dimensão que não percebíamos até agora, da eficácia incrível da prática lacaniana. Sou a favor de continuar, de buscar, de trabalhar, de explorar essa dimensão de nossa prática e recopilar esses casos de tratamentos breves, autênticos e completos à sua maneira. Lacan disse que não é uma só vez que se faz o trajeto, disse-o na Proposição de 9 de outubro de 1967 para o psicanalista da Escola, e o disse também no Seminário XI. (MILLER, 2008b, p.56).

Em uma situação traumática, o que urge é o sujeito. É preciso que seu encontro com o praticante de psicanálise, ainda que breve, produza algum efeito. Isso quer dizer que, diante do mundo simbólico desconstruído pelo encontro com o real, o sujeito pode reescrever as linhas de sua história utilizando o analista como um instrumento. Ele pode servir-se da sua relação com quem o escuta para realizar uma transição de uma identificação, que já não responde mais, à outra, de uma forma de vida, à outra.

O que acontece em um tratamento realizado por ciclos é que seu fim não é a busca do final de análise. Não se faz da análise um destino, nem o lugar de uma verdade fundamental, mas o primeiro ponto de discernimento do sujeito enquanto barrado, enquanto dividido,

enquanto sujeito do inconsciente. Produz-se uma questão, uma forma do sujeito perceber que ele mesmo é o agente da situação da qual pensava ser somente vítima.

O atendimento do praticante de psicanálise no serviço de urgência de um hospital geral fica marcado pela aposta em levar o sujeito ao fechamento do seu primeiro ciclo, que pode ser bastante breve. Assim, desidealizam-se as conclusões do tratamento e supõe-se um consentimento do praticante de psicanálise no uso que cada paciente fará do dispositivo de atendimento.

A conclusão de um ciclo dar-se-á pela forma de sua entrada e será sempre marcada pela diversidade e pela variedade dos términos. Espera-se localizar e reduzir o gozo contido no sintoma do sujeito sem se desfazer deste. O que se busca em um tratamento com efeitos terapêuticos rápidos não é o desaparecimento dos sintomas, mas a intervenção no ponto de gozo dele para que o sujeito possa ser relançado em um novo ciclo e, diante da possibilidade de construção de uma questão, buscar um tratamento de longa duração.

Em um tempo do percurso da psicanálise pensava-se o tratamento analítico como um processo interminável, eternizado pelas infundáveis buscas de sentido, repetições e interpretações. Porém, essa já não é mais a concepção dos analistas de orientação lacaniana e aparece na proposição teórica de Miller sobre o tratamento realizado em ciclos. Mesmo em um processo encerrado, há sempre um núcleo duro que não é capaz de ser trabalhado em análise. Algo do real impossível de ser significantizado permanece e, por isso, há a possibilidade da instauração de um novo ciclo, tal como proposto por Miller.

Sente-se em uma análise, que há ciclos, é o momento em que o sujeito eventualmente pensa em sair e depois é enganchado outra vez no trajeto, eventualmente mais longo. (...) Pode-se dizer que não é análise, que a análise não começou etc. É que tendemos a pensar a análise como um processo infinito, porém para Lacan uma análise é perfeitamente terminável, e essa é a prova, é como uma análise em redução (MILLER, 2008b, p.57).

Ele define que o percurso analítico pode ser feito por diversas vezes, mas que cada ciclo da experiência tem seu tempo, seu início, seu meio e seu fim. Cada ciclo tem sua completude, ainda que produza um novo espaço vazio, uma nova indagação. “A análise é de tal forma terminável que ela termina muitas vezes, que ela ama terminar e termina repetidas vezes. Isso quer dizer que ela obriga um recomeço - para terminar” (MILLER, 2008b, p.60). Essa proposta parece bastante profícua quando se pensa a prática breve no âmbito de um atendimento realizado em instituições sociais ou em um serviço de urgência de um hospital geral.

A formulação de Miller sobre os efeitos terapêuticos rápidos remete à proposta de “intervenção retificadora” de Sônia Couto (2005) em seu trabalho com urgências em uma delegacia especializada no atendimento às mulheres em situação de violência. Tal trabalho traz elaborações importantes sobre um tratamento realizado em um breve intervalo de tempo. Uma das questões que a motivou a pesquisar sobre intervenções terapêuticas neste tipo de atendimento foi a importância de se perceber um efeito de desestabilização na posição dos sujeitos que chegam com uma queixa nos atendimentos realizados na Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher. Estes atendimentos têm a especificidade de serem realizados por um curto período, impossibilitando um processo de análise de longa duração.

Para Couto (2005), a primeira parte de um tratamento possível seria a proposta intervenção terapêutica, que é o início de um procedimento de deslocamento da posição de vítima e de queixa de um sujeito frente a seu nível de verdade construída e aceita como evidentemente verdadeira. Tal modelo tem como objetivo produzir um enigma no sujeito que seja capaz de desencadear um processo de mudanças das maneiras e das formas através das quais ele está conduzindo a sua própria inserção no mundo. Espera-se que haja, com as intervenções da escuta, uma desestabilização da posição subjetiva. A função do encontro com um praticante de psicanálise é possibilitar a divisão do sujeito, permitindo, talvez, que ele se dê conta da dimensão de real que há nele mesmo e tornando possível um primeiro efeito de implicação dele naquilo que ele diz.

O que estou, portanto, apresentando é um trabalho que tem como objetivo essa mudança subjetiva, a partir da qual o sujeito, consciente de sua responsabilidade na direção de sua própria vida, poderá buscar as mais diversas propostas para a elaboração de suas dificuldades. (...) Não se trata, portanto, de psicoterapia breve, de psicanálise ou de um trabalho em grupo. (...) Vejo a mudança de posição como condição para um engajamento num trabalho de mais longo prazo. (COUTO, 2005, p.14)

Toda essa teorização tem grande importância no contexto da escuta analítica no serviço de acolhimento das urgências de um hospital geral. Em diversas situações, o praticante de psicanálise é chamado para atender uma demanda urgente. Geralmente, isso se faz presente quando os recursos previstos nos protocolos não conseguem ser eficientes a ponto de sanar o sintoma ou quando o sofrimento do paciente insiste ainda que ele já tenha sido medicado. Algo rompe com o que estava previsto e então, o saber diferente, o saber da psicanálise, é convocado a intervir.

O paciente busca o serviço de saúde para tratar o seu mal-estar, porém, com o corpo tratado pela medicina, ele não mais terá lugar na instituição. Seu vínculo é localizado na

questão do organismo e, estando restabelecida a sua saúde, o tempo urge. Isso produz um efeito interessante na intervenção analítica que é o praticante ter em mente que cada encontro com o sujeito pode ser o único. Nesse caso específico, uma análise termina, quando se encerra uma sessão.

Torna-se importante que essa escuta seja capaz de produzir algum efeito terapêutico, ainda que mínimo. Encerra-se aí um ciclo que, muitas vezes, produz um hiato no sujeito, uma pergunta que pode levá-lo a buscar um tratamento analítico de longa duração. Com isso, o sujeito será levado a compor um lugar para onde será possível dirigir sua demanda. O analista poderá se constituir para ele enquanto suposto saber. Esse processo, ainda que breve, se institui como uma das formas de tratar a urgência e é o que torna possível a prática da psicanálise em serviços de urgência de hospitais gerais.

Desidealizam-se as conclusões e, sobretudo, as diversificam quando se pensa em um atendimento com o formato de ciclos, com efeitos terapêuticos rápidos. É preciso ter clareza do uso que o paciente faz do dispositivo hospitalar e do seu encontro com aquele que o escuta. O paciente do hospital busca um tratamento médico, encontra ou não um praticante de psicanálise e segue o seu caminho, aquilo que estabelece como o fio da sua vida. Seguindo o fio de sua vida pode ter sido ou não tocado, mesmo que em um primeiríssimo momento, pela experiência do sujeito do inconsciente. Uma análise nem sempre é o seu destino.

Essa variedade da prática também supõe um certo consentimento do analista quanto ao seu uso. “O ser do analista é isto: um instrumento, nada mais que isso, é algo que alguém toma e se analisa com esse instrumento. E nossa arte é saber nos prestarmos a isso, sem demasiadas idéias de grandeza”. (MILLER, 2008b, p.79)

Aquele que se dispõe a atuar com os princípios da psicanálise aplicada em um serviço de saúde não pode deixar de ter como direção do tratamento o mais particular do sintoma do sujeito agregado aos princípios ordenadores de uma instituição. Isso significa que a conclusão de cada ciclo é dada pelas condições de sua entrada. Miller estabelece que a missão daquele que atua com a psicanálise aplicada em um contexto onde impera a urgência é levar o sujeito até o fechamento de seu primeiro ciclo, que pode ser breve. A questão que se estabelece como fonte de trabalho é como definir o primeiro ciclo. Parece não haver outro caminho senão o da escolha pela escuta do sujeito.

3 A PRÁTICA DA PSICANÁLISE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

3.1 Breve histórico sobre o Hospital das Clínicas da UFMG

A prática da psicanálise, com o alcance de espaços de atuação cada vez mais amplos, nunca deixa de se preocupar com o contexto em que está inserida e com as particularidades de cada época. Morelli (2007) afirma que a psicanálise está sempre em transformação, acrescentando que essas mudanças são importantes para que ela consiga alcançar as coordenadas sociais, para “estar à altura dos homens de seu tempo”. Para isso, é importante que seja descrita a composição da instituição e do serviço de urgência, denominado Pronto-atendimento no Hospital das Clínicas da UFMG (PA HC/UFMG), ao qual esta pesquisa está referida.

O Hospital das Clínicas da UFMG foi fundado em 1928 quando se iniciou a construção do prédio central do atual complexo hospitalar, o Hospital São Vicente de Paulo. É um hospital público, universitário e tem como missão desenvolver de forma eficaz, eficiente e equilibrada a formação e a capacitação de recursos humanos, bem como a pesquisa na área da saúde, integrando-as com a assistência. Além disso, espera responder às necessidades de saúde da população por estar inserido no Sistema de Saúde de Minas Gerais e constituir-se como referência para áreas específicas (COSTA et. al., 2008).

Ao longo desses mais de oitenta anos, houve ampliações e incorporações de outras unidades que hoje também fazem parte do complexo HC/UFMG. Diversas são as dinâmicas de funcionamento estabelecidas durante esse tempo das quais se podem perceber os efeitos ainda na atualidade. Costa et. al. (2008) descreve historicamente o percurso institucional apontando alguns fatos que marcaram a instituição.

Desde a sua criação, o HC/UFMG teve sua direção vinculada às Escolas de Medicina e de Enfermagem da UFMG. Seu funcionamento era organizado pelo sistema de cátedras, substituído em 1968, a partir de uma reforma na estrutura orgânica da Universidade, por uma estrutura departamental. Na mesma época, houve o desligamento da Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina. Isso acarretou uma mudança no modelo de gerência e na autonomia dos catedráticos que estabeleciam os modos de utilização e de organização de suas clínicas definindo, também, os modelos de ensino, de assistência e de intervenção no paciente.

Esse funcionamento fragmentado, como se pode observar, tinha conseqüências por manter um modelo de ensino e de assistência sem uniformidade.

Outro evento teve importância notória a partir de 1975. A mudança provocada no currículo médico e, implantada nesta época, apresentou o que se considerou um avanço conceitual significativo. Rompeu-se com o paradigma que considerava que o paciente era apenas um objeto de ensino de um hospital universitário, sendo concebido, portanto, como despossuído de qualquer forma de autoridade ou de subjetividade. Isso possibilitou uma mudança no modelo de assistência ao paciente, priorizando uma abordagem ao usuário com uma maior autonomia e maior liberdade para manifestar as suas necessidades.

No ano de 1976, o Hospital das Clínicas tornou-se independente da Faculdade de Medicina em relação à sua administração, passando a ser denominado Hospital das Clínicas da UFMG. Definiram-se estratégias de funcionamento institucional que adotaram o modelo dos Cuidados Progressivos ao Paciente, proposta elaborada pela Organização Pan-americana de saúde, que visou à integração do Hospital das Clínicas com os serviços de saúde da rede pública. Tal mudança enfatizava a assistência ambulatorial e reservava a internação para casos agudos e graves que exigissem cuidados contínuos (COSTA et. al., 2008).

O Sistema Único de Saúde, em seu *Glossário Temático Gestão do trabalho e da educação em saúde* (BRASIL, 2009) define Cuidados Progressivos como uma Rede de ações e de serviços de saúde com diferentes resolutividades que se integram de maneira intercomplementar com o objetivo de assegurar o cuidado integral à saúde do paciente e de garantir o acesso dele ao conjunto de serviços indispensáveis para resolver as suas necessidades. Desta forma, busca-se substituir o modo de assistência até então vigente pelas possibilidades reais de acolhimento das pessoas na rede assistencial de saúde.

No Hospital das Clínicas da UFMG,

O sistema de Cuidados Progressivos foi a primeira tentativa concreta de se ordenar a organização e o funcionamento do Hospital das Clínicas com base na definição de um modelo de atenção à saúde baseado no perfil de necessidade dos pacientes, segundo uma concepção orientada pelos princípios da reforma curricular. Esse modelo foi construído num contexto institucional complexo, marcado por mais autonomia política em relação à Faculdade de Medicina, mas dependente da atuação dos professores, alunos e médicos residentes para o desenvolvimento das atividades e para a implementação das mudanças propostas (COSTA, et al., 2008, p.215).

Atendendo às exigências desta linha de Cuidados Progressivos, foi instituída em 1990, uma comissão responsável por elaborar novas propostas para o hospital que fossem capazes de promover uma maior integração entre os próprios serviços e as atividades desenvolvidas

na instituição, já que a fragmentação institucional sempre se mostrou como um dos desafios a ser solucionado. Tal apresentação organizacional teve como objetivo integralizar os trabalhos prestados à saúde, às pesquisas, e ao ensino, realizados nas unidades de internação e nos ambulatórios. Constituiu-se uma equipe multiprofissional única e uma chefia geral auxiliada por gerências médicas, administrativas e de enfermagem para cada divisão assistencial. Desta equipe multiprofissional participam, hoje, os profissionais da Psicologia, da Fisioterapia, da Fonoaudiologia, da Terapia Ocupacional e do Serviço Social e cada um desses serviços tem sua própria coordenação.

O aumento da complexidade da assistência oferecida por uma medicina tecnocientífica e da exigência feita aos serviços de saúde vem como resposta à associação de vários fatores verificados na sociedade dos últimos anos. O crescimento rápido e desordenado das cidades, as mudanças econômicas, o aumento da população, a recente relação das pessoas com o saber, produzida pela disseminação dos meios de comunicação, e o aumento da violência urbana têm gerado transformações acentuadas no setor da saúde, com especial ampliação de enfermidades relacionadas a situações de urgência. Tudo isso leva à crescente demanda por Serviços de Urgência/Emergência.

Celebrou-se então, no ano de 1996, a partir das relações mais estreitas estabelecidas entre o município de Belo Horizonte, através da sua Secretaria Municipal de Saúde e o HC/UFMG, um convênio do qual se originou a Unidade de Pronto-atendimento, que a partir de 2010, passou a ser denominada Pronto-socorro do Hospital das Clínicas. O surgimento do Pronto-atendimento desencadeou significantes mudanças na organização institucional, por não ser, até então, um hospital que acolhia urgências.

O Pronto-atendimento desencadeou processos significativos de reorganização institucional relacionados especialmente à inserção e envolvimento dos docentes com as atividades assistenciais de urgência/emergência, adaptação da estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico com o novo perfil de pacientes, ampliação do número de leitos e de salas de cirurgia, além da contratação de grande contingente de profissionais médicos e de enfermagem para a nova unidade. (COSTA, et al., 2008, p.216).

Do ponto de vista organizacional, a abertura e a manutenção do PA provocaram mudanças profundas no modelo assistencial e organizacional do Hospital das Clínicas, desencadeando modificações na estrutura de poder vigente, nos sistemas de comunicação entre os ambulatórios, nas unidades de internação e no perfil de atividades assistenciais desenvolvidas pelo hospital. Ampliou-se o acesso ao atendimento de urgências não-traumatológicas não só para pacientes vinculados aos ambulatórios do Hospital das Clínicas,

como também, para usuários externos, o que exigiu investimentos de diversas ordens. Foram envolvidos segmentos de ordem política, administrativo-gerencial, técnica e financeira da comunidade acadêmica e hospitalar para a sua adequação ao novo papel e inserção no SUS. Todas essas mudanças contribuíram impondo uma nova lógica organizacional, fundamentada na precedência do cuidado ao paciente (MACÊDO, et. al., 2009).

Sua implantação também trouxe algumas dificuldades que ainda hoje se observam no setor. Apesar dele funcionar dentro do próprio hospital, muitas vezes se mostra diferente e desarticulado das unidades de internação. Suas demandas de atendimento são enormes, realizando, em média, mais de três mil atendimentos mensais, o que demonstra um excesso em diversos âmbitos. Isso produz processos de trabalho bastante fragmentados.

Apesar desses obstáculos, houve efetivação interna e externa do PA como a principal porta de entrada do HC, constituindo-se como uma referência fundamental para o acolhimento das urgências e das emergências clínicas e cirúrgicas não-traumatológicas da cidade de Belo Horizonte e da sua região metropolitana, atendendo pacientes de média e de alta complexidade.

Como porta de entrada da instituição hospitalar pública, o Pronto-atendimento vem atender a uma demanda de “saúde para todos” preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Visa a acolher os cidadãos através de princípios democráticos e da universalidade de acesso estabelecidos pelo Ministério da Saúde e expostos em sua publicação *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (BRASIL, 2006).

Para o Ministério, o acolhimento aos usuários dos serviços de saúde deve ser definido como uma postura e uma prática nas ações de atenção e de gestão das unidades de saúde, estando então, presente em todas as relações e encontros produzidos entre pacientes, equipe de saúde ou qualquer um que esteja envolvido na cena. O acolhimento não se reduz ao local ou ao espaço físico a ele destinado. Diz de uma postura ética, de uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos atendimentos de saúde. Isso quer dizer que não se pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas sim o compartilhamento de diferentes saberes, angústias e invenções de diferentes indivíduos. Cada um deve tomar para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” o outro com suas demandas, com a responsabilidade e a resolutividade exigida em cada caso.

Para o SUS ainda existem lacunas nos modelos de atenção e de gestão dos serviços de saúde quando a referência é o acolhimento, o acesso e o modo como o usuário é acolhido nas unidades de saúde. É interessante notar que há uma busca de indissociabilidade entre a produção da saúde e a produção de subjetividades.

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde. Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas (BRASIL, 2006, p.11).

Definiu-se que é preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da entrada dos pacientes aos serviços e aos recebimentos das demandas espontâneas. O entendimento sobre o acolhimento deve ser mais amplo e levar em consideração as diretrizes constitutivas dos modos de produção da saúde, ou seja, a qualificação da escuta, a construção de vínculos entre os indivíduos, a garantia de acesso com responsabilização e a resolutividade das demandas e das necessidades dos usuários. Espera-se, com isso, reverter um processo presente nos atendimentos de urgência e emergência dos serviços públicos, produzindo respostas mais adequadas aos usuários e prestando um atendimento com orientação e intenção de resolutividade e de responsabilização.

A reversão desse processo nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde ganhe centralidade em nossas ações de saúde. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro” (BRASIL, 2006, p.17).

Com esse modo de funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma mera ação pontual para se tornar parte do processo de produção da saúde. Torna-se imperativo verificar o formato que tal ponderação se realiza no Pronto-atendimento do HC.

3.2 O acolhimento realizado pela equipe de saúde no Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG

Todas essas diretrizes são importantes para que se estabeleça uma linha de cuidados em um setor onde o imprevisível e a luta pela vida prevalecem. O acolhimento realizado pela

equipe de saúde no Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas tem especificidades que produzem efeitos na atuação do praticante de psicanálise nesse contexto. Define-se e se privilegia o corpo doente como objeto de trabalho da equipe, e isso supõe, deixar a subjetividade para outro momento, tratá-la como o resto da urgência, aquilo que terá sua importância em outro lugar, com outro discurso.

Os pronto-atendimentos dos hospitais públicos recebem, atualmente, numerosos pacientes em situação de crise, associados às mais diversas patologias. Esse quadro não é diferente no PA do HC-UFMG. Precariedade, dor, sofrimento, ruptura do tênue equilíbrio em que se sustentava a vida, o próprio corpo, as relações com os outros, o trabalho, os laços amorosos e familiares, são situações clínicas que rompem a previsibilidade protocolar, e ameaçam os ideais da programação científica e da “produtividade”.

Com as novas conquistas tecno-científicas, a terapêutica tornou-se eficaz e, para cada transtorno descrito, há uma série de protocolos de atendimentos e medicamentos que se oferecem para reduzir ou eliminar o sintoma. Barreto (1999), mencionando a psiquiatria clássica, defende que nela pratica-se uma clínica que nem merece mais esse nome, pois os seus diagnósticos padronizados, resultantes da numeração e quantificação de sintomas, podem ser obtidos de forma técnica através dos manuais e dos computadores. O que se observa é que esse tipo de procedimento que se destaca da clínica por seu caráter mais instrumental pode ser estendido a outras áreas da contemporânea medicina baseada em evidências.

A ciência médica parece tomada de vertigem frente às tentativas desenfreadas de se produzir um “saber verdadeiro” sobre o homem, e a psicanálise, então, é cada vez mais convocada a atuar e a fazer parte deste contexto em que o particular aparece na proposição da ciência, já que o objeto da psicanálise é “estranho” ao modelo científico. O discurso científico procura excluir o sujeito e a subjetividade, admitindo somente aquilo que está contido no universal. Nessa perspectiva, pode-se pensar na exterioridade da psicanálise em relação à medicina já que o discurso psicanalítico é radicalmente distinto do discurso médico e do discurso de mestria.

No entanto, a psicanálise articulada a discursos diversos, tem uma importante contribuição a dar no que concerne a uma política de inclusão e de laço social. Mesmo em um espaço que se tenta deixar de fora o particular, algo insiste em manifestar-se e mostrar-se presente. Guéguen (2007, p.19) refere-se ao ato do analista como “ato solitário”, o que não significa que não terá efeitos para além do singular.

É necessário, pois, que se faça uma elaboração em torno do contexto em que a psicanálise está inserida em uma instituição. Diversas urgências perpassam um acolhimento

de uma instituição hospitalar, que tem sua história e seu funcionamento, marcados por um emaranhado de arranjos humanos e institucionais. Tais apontamentos se tornam de fundamental importância para que se pense o que o praticante de psicanálise pode fazer diante de um paciente nesta realidade que lhe é proposta.

Em um serviço de urgências médicas, os profissionais que ali atuam, são treinados e convocados a responder ao chamado prontamente, objetivando tratar o mal-estar, restabelecer a saúde, salvar a vida do paciente. Parece que as proposições do discurso da medicina no contexto da instituição hospitalar estão envolvidas pela primazia das normas de eficiência e pelo discurso rigoroso e normativo que impera nas instituições médicas atuais. O corpo se torna objeto de um aparato e saber científicos e o atendimento é uma exigência que se faz necessária para todos.

3.3 O acolhimento da psicanálise proposto pelo Projeto “Clínica da Urgência”

O que se percebe com a presença do Projeto “Clínica da Urgência”, escrito e implantado por Lucíola Macêdo no Pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG desde 2007 é que o acolhimento preconizado pelo sistema de saúde visa à uniformidade do atendimento sem, muitas vezes, ter dimensão do que há de mais singular dos sujeitos expostos a uma situação de urgência em um pronto-atendimento.

Esse setor é bastante complexo e não se pode desconsiderar que os indivíduos que ali passam, contados um a um, sejam eles profissionais ou pacientes, são constituídos por um enodamento particular que se dá entre os registros do simbólico, do imaginário e do real. A existência do ser humano é marcada por sua estrutura de linguagem, pela relação que ele estabelece com o significante. Toda essa trama subjetiva demonstra que há um ponto do sujeito que está sempre além do que é proposto ao “para todos”. Em cada sujeito há um ponto de gozo vinculado ao seu sintoma e ao real.

O discurso do cuidado proposto pela democracia de um Sistema Único de Saúde consegue alcançar a dimensão do indivíduo, do usuário do serviço de saúde, não tocando, entretanto, na questão do sujeito tal como considerado pela psicanálise. Isso torna importante a presença do praticante de psicanálise como aquele que terá uma função de acolhimento além daquela proposta a todos pelo Ministério da Saúde. O “para todos” tem uma função notável,

mas há também um lugar para o um, para o caso único, que, no HC/UFMG pode ser vislumbrado no Projeto “Clínica da Urgência”.

Diferentemente da proposta de um acolhimento universal, o acolhimento realizado pelo Projeto “Clínica da Urgência” demarcou uma especificidade. Nem todos os pacientes internados eram atendidos pelos praticantes de psicanálise. Houve uma preocupação com o efeito desses atendimentos e com a não massificação dessa proposta, o que gerou um formato de atuação particular dentro de um contexto universal. É a extração da singularidade tomada como eixo de trabalho, ainda que imersa em um todo.

Pôde-se observar que tal projeto, com seu modo *êxtimo*, modificou o funcionamento dos atendimentos demandados pelos profissionais que atuavam no PA aos psicólogos²¹ do Serviço de Psicologia. Desde a criação do pronto-atendimento, em 1996, o Serviço de Psicologia do HC/UFMG mantinha, em seu quadro organizacional, um psicólogo como referência dos atendimentos de urgência naquele setor. O que significa que os chamados eram respondidos, porém não se criavam laços de trabalho no setor, já que esses psicólogos não permaneciam no PA. Até o ano de 2006, esse profissional era responsável por responder aos chamados urgentes feitos a partir dos pedidos de interconsultas, mas o Projeto “Clínica da Urgência” tornou efetivo o atendimento às situações urgentes com a presença do praticante de psicanálise inserido no contexto da urgência.

Com a construção e a implantação do projeto, os atendimentos às demandas chamadas urgentes passaram a ser de responsabilidade dos praticantes que atuavam vinculados à “Clínica da Urgência”, e muitas têm sido as conseqüências retiradas dessa prática que instiga a investigação sobre os possíveis efeitos da atuação do analista frente ao trauma no âmbito da urgência subjetiva.

Tal projeto teve seu início a partir de uma parceria estabelecida por Lucíola Macêdo no Hospital das Clínicas da UFMG, entre o hospital e o Núcleo de Investigação em Psicanálise e Medicina do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais - IPSMMG, coordenado no momento pelo psicanalista Lázaro Elias Rosa.

As intenções desta parceria, desde o seu princípio, iam ao encontro dos objetivos propostos por um hospital de ensino, ou seja, conciliar a formação dos estudantes com a capacitação dos profissionais que ali atuam, além de privilegiar a pesquisa na área da saúde e de sempre integrar todas as atividades com a assistência prestada aos usuários do serviço.

²¹ O termo psicólogo é, neste momento empregado, por ser esta a função que o profissional da escuta ocupa legalmente em uma organização. Como psicólogos são acionados para atendimentos e assim são demandados, o que não efetiva que, por essa mesma via, será dada a resposta pelo praticante de psicanálise.

O Projeto “Clínica da Urgência” também vislumbrou, em suas propostas, uma integração entre a construção de um marco teórico consistente que fosse capaz de respaldar os atendimentos clínicos da urgência subjetiva e a clínica da escuta. Tal construção deveria considerar e atender às especificidades de uma demanda de atendimento de urgência em um pronto-atendimento de um hospital público universitário a partir de pressupostos da psicanálise de orientação lacaniana. Com isso, buscou-se implementar um programa de formação continuada para os profissionais e acadêmicos vinculados ao Serviço de Psicologia do HC através de seminários, sessões clínicas e estudos de casos, apostando nisso como uma forma de construção dos casos únicos.

Para Stevens (2007) as reuniões clínicas têm suma importância em uma instituição. É o espaço onde as trocas de saberes irão produzir um efeito de formalização da prática podendo gerar consequências úteis no caso a caso.

O lugar essencial do dispositivo institucional é, então, a reunião clínica semanal. Todos participam da formalização dos casos clínicos, todos podem tirar suas consequências no cotidiano. Na clínica, todos podem agir com seu estilo pessoal. Mas a reunião clínica serve para precisar o cálculo de nossas intervenções, caso por caso (STEVENS, 2007, p.84).

Os participantes do projeto vinculados ao HC ou ao IPSMMG permaneciam no ambiente do PA, acompanhando a rotina do local e participando do que se passava lá. Esse funcionamento demarca uma diferença importante do modo anterior, quando os atendimentos eram restritos aos pedidos de interconsultas.

Instituiu-se com a presença dos praticantes de psicanálise no PA, que o atendimento das urgências tinha um início, um meio e um fim, tornando o dispositivo do projeto responsável pelo seu remate. Não se pode dizer, com isso, que nos primeiros dez anos de funcionamento do pronto-atendimento no Hospital das Clínicas da UFMG, tenha havido a estruturação de um programa efetivo de atenção às urgências.

Tendo tal proposição como preocupação, outro objetivo estabelecido para o projeto foi o de instituir, a partir dos atendimentos realizados e da percepção da necessidade de encaminhamento, a relação entre os serviços intra e extra-hospitalares, integrando-se, com isso, as redes de saúde. Com os atendimentos de urgência sendo realizados de forma regular pelos participantes do projeto, percebeu-se a importância de se criar ou de se manter na rede de saúde, um espaço que acolhesse às demandas originadas desses atendimentos a partir da indicação de continuidade do tratamento psicológico. Um lugar para o qual se abrisse a possibilidade de encaminhamento dos pacientes atendidos pelo projeto.

Foi preciso construir um marco acerca da instituição em que estava inserido o projeto de acolhimento das urgências. Perceber seu funcionamento, suas regras, a relação que estabelece com aqueles que ali passam, é fundamental para saber como fazer. A presença da psicanálise em uma instituição não é sem efeitos, porém é preciso perceber quais as consequências desta inserção.

Ciaccia (2003) considera que é preciso perceber o funcionamento institucional para correlacioná-lo com a posição do sujeito. Para ele é imprescindível lembrar que o próprio dispositivo analítico é parte do contexto e deve ser considerado como tal. O que se visa, com isso, é mudar o enquadre institucional a fim de que os sujeitos sejam recebidos tendo-se em vista sua fala e sua possível implicação no que diz.

Em uma instituição, uma verdadeira prática feita por muitos deve levar isso em conta e orientar seu funcionamento não pelas exigências dos especialistas, mas segundo as exigências do sujeito; não em relação à sua posição quanto ao sintoma e ao diagnóstico, ainda que estrutural, porém em sua relação com o campo da fala e da linguagem (CIACCIA, 2003, p.38).

Ter em mente uma instituição que acolhe sujeitos em crise é não abrir mão do que há de mais particular em cada um. Isso requer afirmar a existência da dimensão do gozo, da dimensão do real que insiste em se fazer presente.

3.4 A presença do real no setor de urgência

O pronto-atendimento do HC/UFMG é um local de alta complexidade, que acolhe corpos doentes e onde atuam profissionais com formações acadêmicas diversas. Por ser um hospital escola, há também a presença de muitos alunos de cursos variados. Ser uma instituição de ensino pressupõe que o significante do saber circula com grande facilidade. Investem-se em recursos técnicos, científicos, humanos para que se obtenha o resultado de uma oferta de serviços de saúde com excelência.

Não há como sobreviver sem todo esse aparato e seus equipamentos, mas também, morre-se apesar dele. Esse cenário de tanta exigência científica organiza um pouco do caos, aposta no fim do mal-estar e no apagamento do real, mas o que se presencia é a insistência disso: em sua ordenação, sempre fica algo de fora, pois, onde há sujeito, há padecimento.

Uma das aproximações mais consistentes do real é a morte, muito presente na rotina

de um hospital. “O real ‘em si’, portanto, está fadado a se apresentar no quadro como esse irreduzível ‘não sei o quê’ (VIEIRA, 2008b, p.14)”. Por isso, no pronto-atendimento há muitos profissionais, muitos pacientes, muitos acompanhantes, muitos mal-entendidos e muito sofrimento. Não é à toa que o setor é considerado como o “resto desprezado” da instituição. Ainda que haja morte em toda a instituição hospitalar, o caos parece ser mais insistente no setor de urgência o que faz pensar que se justifica, em parte, pelos laços frágeis e fragmentados que se estabelecem entre as pessoas que ali passam.

O que se percebe é que entre os profissionais e os pacientes há frequentes mal-entendidos e poucos espaços comuns para discussão dos casos e até mesmo para trocas. Trocas de roupas, de plantões, e, principalmente, de trocas simbólicas. Toda a rotina do horror é escancarada, os corpos são expostos, extraindo da cena o que há de mais particular de cada pessoa. Não há uma preocupação cotidiana com a singularidade, com a construção de casos clínicos, o que seria uma forma eficaz de vincular a instituição aos seus sujeitos. As discussões são atravessadas pela urgência dos corpos doentes, pela fragmentação dos pontos de vista dos especialistas com seus diferentes discursos e acirradas pelo ideal do bom desempenho dos protocolos.

O excesso de pacientes com suas demandas de tratamento urgentes e o elevado grau de complexidade das atividades ali exercidas pelos profissionais produzem um efeito de extrema tensão e de angústia naqueles que ali ocupam um espaço. É comum observar reações que podem ser vinculadas ao cansaço, à impaciência, à sensação de impotência e à vontade de serem transferidos para outro setor do hospital. É como se o pronto-atendimento representasse o resto, o descartável da instituição, o lugar para onde se destinam todas as coisas que não podem ser alojadas em outro local. A existência clara e insistente do imprevisto dilata a dimensão do que não cessa de não se inscrever. Trata-se então, da mais pura presença do vazio, da impotência e do real.

Macus André Vieira (2008b) trabalha bem essa noção em seu livro denominado *Restos*. Para ele há distintas formas de lidar com o resto, com isso que produzimos, mas que não reconhecemos como sendo nosso. Existem aqueles que fazem do restolho uma causa de vida e aqueles que tentam desfazer-se dele como de um lixo, apropriando-se de outros objetos, como os de consumo.

Todo o conteúdo desconhecido, produzido pelo sujeito, é sempre mais singular do que são suas aspirações e isto faz com que este resto seja mais produtivo, para a experiência psicanalítica, que o ideal. A psicanálise toma o restolho como objeto de trabalho, aquilo que a

instituição e o Outro social não querem saber e que, a grande custo, tentam tratar pela via dos objetos, da tecnologia e dos protocolos científicos.

No contexto da medicina, em meio às urgências médicas, abriu-se, então, uma porta para a subjetividade. Uma possibilidade de se criar uma linha que faça o caminho inverso, ou seja, da imersão no puro real até o encontro com o simbólico. Isso torna importante a escuta do praticante de psicanálise que em meio ao excesso, às urgências, fará um intervalo, uma pausa para incluir o sujeito no dispositivo da instituição. Não se trata de modificar a instituição ou de torná-la avessa aos próprios princípios, mas de tentar produzir um acolhimento de fato. Acolhimento este que inclua a dimensão do sujeito com sua singularidade, com seu sintoma e com seu gozo.

Penso que é preciso (...) inventar uma instituição que dê lugar a uma instituição para cada caso, para cada sintoma (...). É preciso produzir uma instituição tal, que permita a existência, no seu interior, de tantas instituições quanto de sujeitos que a habitam. Uma instituição cria-se entre contingência e necessidade, entre a série dos encontros e sua transformação efetiva em uma prática (STEVENS, 2007, p.77).

A abertura de tal portal é o que pode propiciar a passagem da urgência generalizada à urgência subjetiva, o que não se produz sem um analista (SELDES, 2008, p.101). Os pacientes de um serviço de urgência chegam com queixas sobre o corpo doente, geralmente apresentam sintomas graves que geram sofrimentos insuportáveis e, na grande maioria das vezes, não localizam nesse primeiro momento, uma relação da sua urgência com qualquer conteúdo subjetivo. A urgência é de que seja solucionado o problema do organismo e não se cria enigma, não se faz questão disso.

Frente a esse tempo marcado e transformado pela tecnologia e pelos imperativos de gozo, há uma resposta subjetiva, que diversas vezes, no lugar da palavra, aparece como uma emergência médica, um adoecimento, uma resposta do sujeito no próprio corpo. Corpo esse que, como organismo biológico afetado pelo significante, transforma-se em corpo simbólico, corpo habitado pela linguagem. “Trata-se sempre, com efeito, de acontecimentos de discurso que deixaram traços no corpo” (MILLER, 2004). Por isto, não se pode considerar o corpo apenas como um emaranhado de órgãos que funcionam articulados entre si. Há algo que escapa a este funcionamento de maquinaria, mesmo que já se tenham criado diversos manuais que evitem o desgaste, o defeito e a falta de uso.

A subjetividade, a trama do laço social, o corpo marcado pelos significantes, contrariam o ideal de perfeição. Eles falham e escapam ao controle do homem, que tenta,

através do discurso científico que circula na instituição hospitalar, abarcar e dominar a dimensão do real. Esse algo “além”, que escapa ao saber da ciência, é retomado pela psicanálise como fonte de trabalho e de saber. No encontro do sujeito com o real irrompe uma angústia que toma o corpo e que se faz perceber através de um modo particular de sintoma. Assim, o real se apresenta como orientador do trabalho analítico.

Depois de tratado o corpo, de sanado o risco eminente de morte, pode-se abrir esse espaço, uma pausa para a escuta, podendo assim, precipitar uma pergunta no sujeito. Seria preciso agregar, tal como observa Sotelo (2006), que, no momento de ruptura e de crise, a urgência não se designa subjetiva, mas generalizada. A urgência subjetiva é, construída com a presença de um praticante de psicanálise, a partir da divisão do sujeito, do encontro dele com o seu desconhecido e, da possível implicação dele em relação ao que diz. Para designar-se como subjetiva, é preciso apostar na palavra como gesto mínimo, elementar: eis o que se define como sendo o primeiro nível de tratamento da urgência (BELAGA, 2006), tomado pelos pressupostos da psicanálise lacaniana.

O que se observa nos serviços de pronto-atendimento dos hospitais gerais é que se recebe, quase que exclusivamente, demandas que são urgentes. Trata-se, porém, de pacientes imersos em uma urgência generalizada, uma crise em que ainda não se definiu aquilo que há do sujeito no que ele sofre, mas que demandam uma resposta dos que ali atuam.

Guillermo Belaga (2006a), em seu livro *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*, descreve sua experiência como Chefe de um Serviço de Saúde Mental, experiência essa que se caracteriza por admitir na grande maioria das vezes, urgências. Sendo assim, diante da extraordinária demanda de atendimentos urgentes, definiu-se que torna-se imperioso rediscutir e reformular os modos e as estratégias de atuação dos praticantes de psicanálise, a fim de alojar as urgências, de tratá-las e de dar respostas às mesmas nas instituições.

É preciso construir um espaço que trate das urgências subjetivas em um contexto no qual as urgências do corpo têm onde ser alocadas, mas para onde, muitas vezes, o sujeito também direcionará sua angústia e suas inquietações.

Nos livros *La urgencia generalizada* (2006a), e *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (2007) organizados por Guillermo Belaga e por Inés Sotelo respectivamente, os co-autores marcam a importância da escuta do praticante de psicanálise em uma situação de urgência na instituição. Para eles, é necessário que o profissional localize, através da sua escuta, as coordenadas em que aparece a urgência para decidir qual será a estratégia e a tática a serem seguidas. Tal proposição reforça a importância da formalização teórica sobre a clínica e o grande valor de um trabalho analítico vinculado ao cuidado do praticante de psicanálise

com seus atos e com a direção do tratamento. Buscou-se, então, esse rigor teórico e prático com a implantação do projeto “Clínica da Urgência”, divisor importante no atendimento das urgências no pronto-atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.

3.5 O tratamento das demandas direcionadas aos praticantes de psicanálise

Uma mudança no recebimento e nas respostas dos pedidos de atendimento no pronto-atendimento do HC se fez marcante. Os pacientes deste setor passaram a ser atendidos pelos praticantes de psicanálise ali presentes, inscritos no projeto de acolhimento das urgências, e, não mais apenas, pelas solicitações formais de interconsulta.

Os casos, muitas vezes, eram selecionados por um pequeno detalhe ou por uma eleição de algo que fosse extraído do contexto todo. Algumas observações eram retiradas das corridas de leitos, situações em que toda a equipe do PA se reunia para discussões clínicas dos pacientes internados, e se transformavam em uma demanda de atendimento. Outras surgiam de pedidos dos próprios pacientes ou daqueles que os acompanhavam e, em muitas delas, os profissionais que ali atuavam também direcionavam suas demandas, incluído aqui, o praticante de psicanálise. Esse ponto é importante de ser marcado, uma vez que, os atendimentos não eram “para todos”, mas sim para aqueles eleitos, por si ou pelo outro, por suas questões particulares. Localizava-se um traço de singularidade do sujeito no tratamento universal proposto por uma instituição.

Diferente do *setting* de um consultório de psicanálise, onde o paciente elege o profissional para quem irá direcionar sua demanda, o contexto do hospital geral é marcado por pedidos pouco formalizados e vindos de diversas partes. Não há como se desfazer da observação de que, no hospital, cada um que elege um paciente para ser escutado, o faz a partir da sua própria demanda, a partir da sua própria urgência. O paciente é designado como tal pelo outro e diversas são as lógicas particulares atribuídas a isso. O que se vê é que a subjetividade de quem solicita o atendimento está posta na forma como o pedido é feito e aponta para algo do qual manual técnico algum consegue absorver.

Quando estamos às voltas com uma urgência, será que podemos caracterizar uma antecipação da saída? Não é uma procura do sujeito pela instituição e sim um encaminhamento, um ato do Outro que, afetado pela resposta do sujeito, o encaminha para a instituição. Desse modo, o que significa oferecer um dispositivo de urgência subjetiva que não pretende se colocar na posição

de mestria? É oferecer ao sujeito a oportunidade de formular sua questão, sem ratificar a posição do Outro que o encaminhou para a instituição, e dar-lhe oportunidade de se defender dos destinos da doença mental (CALAZANS; BASTOS, 2008, p.648).

Em função do que se estabelece como sendo bom andamento das normas institucionais e da realização com eficácia dos procedimentos, cria-se um padrão de normas e condutas em que não se tem como foco os sujeitos e suas singularidades. A partir daí, uma questão se instala, já que a subjetividade insiste, deflagrando o impossível da normatização quando se trata de seres humanos.

A emergência das questões relativas aos sujeitos sejam eles, pacientes ou profissionais, implica na perda de equilíbrio das regras e dos protocolos instituídos em um serviço de saúde. Tudo aquilo que foge ao previsto e que escapa ao enquadramento do texto institucional é tomado como uma ruptura e acaba por se tornar uma demanda de atendimento ao psicólogo. Eis o grande desafio de sustentar uma conduta psicanalítica, ou seja, voltada para o sujeito, em um contexto no qual se prezam a burocracia, a ciência e o êxito.

Não podemos esquecer que nos casos de urgência subjetiva temos uma modalidade de procura de tratamento que é mais da ordem de encaminhamento do que perturba o social; daí não ser gratuita a definição de saúde mental de Miller: a ordem pública. Esse encaminhamento busca uma resposta típica que, na verdade, sutura o sujeito. Abrir essa sutura é permitir que o sujeito apareça e invente outra saída (CALAZANS; BASTOS, 2008, p.647).

Por isso, a importância de se escutar um pedido e de dar um tratamento a ele, tentando construir uma demanda. Tal concepção pressupõe que nem todos os pedidos serão atendidos da forma como chegam. Cada um que solicita um atendimento ao psicólogo precisa se dar conta do que há dele naquilo que pede e, talvez, de fato, elaborar uma questão, uma demanda. O que se observou é que em diversos pedidos, havia uma demanda do profissional de saúde de acabar com o próprio mal-estar, direcionando-o para quem acreditava ter um saber que daria conta daquilo.

No hospital, nem sempre aquele para quem o praticante de psicanálise direcionará sua escuta, é de fato alguém que tem uma demanda de tratamento. Foi inevitável perceber, que todos que ali estavam, eram perpassados por diversas urgências que lhe causavam um sofrimento e do qual queriam se desvencilhar. Mas, com o objetivo de se produzir uma pergunta, uma questão, uma mudança de posição em cada sujeito que é escutado em situação de urgência, houve uma preocupação com o efeito obtido a partir daquilo que vinha direcionado como pedido. Miller afirma que esse é o primeiro passo de um ato analítico.

“Dizemos que o ato analítico já está presente nessa demanda de avaliar, no ato de autorizar a auto-avaliação de alguém que quer ser um paciente²²” (MILLER, 2008c, p.17, tradução nossa).

Uma situação clínica demonstra claramente como esses pedidos chegam de forma pouco elaborada. Um paciente se dirige ao praticante de psicanálise, que se encontrava em uma das enfermarias do PA com um jaleco marcado com o significante “Psicologia”, e lhe solicita um “calmante”. Apostando no valor da marca do jaleco e na, então, escolha do paciente por esse profissional, o praticante de psicanálise sustenta a possibilidade da escuta. Ele jamais sabe o que o outro de fato lhe demanda, mas vislumbra a pausa para saber do que dizia aquela pessoa e percebe que não se tratava de uma prescrição médica de um psicofármaco. O que o significante “calmante” quer dizer? A intervenção de querer saber de que “calmante” o paciente falava, produziu um efeito subjetivo nele. O paciente pôde se escutar e perceber que a palavra utilizada por ele tinha a qualidade de uma enunciação, de algo por dizer. Queria um medicamento que aliviasse seu sofrimento, mas demandava ser escutado e isso produziu um efeito interessante, um efeito apaziguador, que tomou o lugar do remédio, demonstrando como um pedido pode ser transformado em uma demanda de escuta.

Miller (2008c) aponta para a importância da introdução de discursos além do discurso da ciência para tratar da condição da inefável existência humana. Tal asserção não retira o grande valor da ciência, nem dos recursos que ela oferece, mas indica que há algo além do seu alcance que pode ser vislumbrado pelo discurso da psicanálise.

Podemos dizer que essa experiência da falta de causa de ser é intensificada em nossa época, principalmente dominada pelo discurso da ciência. Vivemos em um mundo estruturado pela ciência que, como tal, é dirigida pelo princípio da razão, o que é coerente, com a emergência da psicanálise, do psicanalista que recebe a queixa da falta de existência²³ (MILLER, 2008c, p.71, tradução nossa).

As demandas de atendimento no pronto-atendimento do HC foram construídas dentro de uma perspectiva de intervenções de curta duração. Entretanto, em função das características do setor, a saber, caracterizado pela alta rotatividade das internações e cujo foco da prestação da atenção à saúde são urgências clínicas, raramente é possível se

²² Decimos que el acto analítico ya está presente en esa demanda de evaluar, en el acto de autorizar la auto-avaliación de alguien que quiere ser un paciente (MILLER, 2008c, p.17).

²³ Podemos decir que esa experiencia de la falta de la causa de ser es intensificada en nuestra época principalmente dominada por el discurso de la ciencia. Vivimos en un mundo estructurado por la ciencia que, como tal, es dirigido por el principio de la razón, lo que es coherente con la emergencia del psicoanálisis, del psicoanalista que recibe la queja de la falta de existencia (MILLER, 2008c, p.71).

estabelecer condições para que se inicie efetivamente um tratamento psicanalítico. O que se busca é que o encontro com um praticante de psicanálise produza algum efeito subjetivo no indivíduo, uma possível desestabilização daquilo à que ele se identificou como sendo sua posição subjetiva.

É importante ressaltar que a maioria dos indivíduos atendidos pelo projeto que envolve a escuta psicanalítica no dispositivo da urgência deste hospital tem somente um encontro com aquele que o escuta, o que suscita a questão de como agir com rapidez, sem que se percam os pressupostos de um atendimento atravessado pelo discurso analítico.

Em relação a isso, o atendimento possível tem sido viabilizar o encaminhamento das demandas daqueles casos para os quais o tratamento ambulatorial é indispensável. O encaminhamento é feito para atendimento nas unidades especializadas do próprio hospital, acompanhamento nos Centros de Saúde que compõem o SUS (Sistema Único de Saúde) ou outras Unidades Regionalizadas da Rede de Saúde.

Deste modo, foi-se construindo, a partir do Projeto “Clínica da Urgência”, e de suas parcerias, parâmetros para o atendimento à urgência subjetiva no contexto da prática da psicanálise no Hospital das Clínicas da UFMG. Nesse percurso, alguns pressupostos clínicos e epistêmicos mostraram-se fundamentais.

A urgência, quando endereçada a um praticante da psicanálise, poderá ser tratada como uma oportunidade para um primeiro movimento de mudança na posição do sujeito. Pode-se dizer de uma mudança ética, de um sujeito às voltas com a sua angústia diante de uma descontinuidade, de algo que se rompe e que lhe aponte a divisão do sujeito e o real da vida.

Trabalha-se para que a intervenção inaugure um tempo que não seja o da pressa, mas sim, um tempo de interrogação através do recurso da palavra. Sobre este ponto, Seldes (2006) propõe transformar a urgência subjetiva em uma construção única, o que seria um modo de assegurar a singularidade de cada caso, e referendar o valor da contingência na vida das pessoas. Este momento de crise e de ruptura poderia, nesse contexto, abrir novas perspectivas, novas amarrações que incluam, na sua resolução aquilo que as provocou.

Miller apresenta a importância de se direcionar a demanda para alguém que a escute e dê uma direção ao que foi acolhido em palavras. “O sujeito sofre, mas o fato de falar ao analista o faz colocar-se um pouco à parte, tomar distância em relação ao seu sofrimento, e

isso, efetivamente, pode produzir um alívio imediato. Atravessar sua falta em ser, implica, contudo, encará-la de frente²⁴” (MILLER, 2008c, p.72, tradução nossa).

²⁴ El sujeto sufre, pero el hecho de hablar al analista lo hace colocarse un poco aparte, tomar distancia en relación con su sufrimiento, y eso, efectivamente, puede producir un alivio inmediato. Atravesar su falta en ser implica, con todo encararla frente a frente. (MILLER, 2008c, p.72).

4 EFEITOS DA PRESENÇA DO PRATICANTE DE PSICANÁLISE NO PRONTO-ATENDIMENTO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

4.1 A presença da psicanálise em diversas frentes de trabalho

Toda a articulação proposta pela psicanálise lacaniana para se trabalhar com urgências subjetivas pôde ser percebida e utilizada como base teórica para outras frentes de trabalho. A partir das elaborações produzidas no Projeto “Clínica da urgência” e no cartel²⁵ composto em 2007 para trabalhar o tema “A clínica da urgência no hospital geral”, vinculado à Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais (EBP-MG), surgiu a proposta de inserção em uma pesquisa multicêntrica. A pesquisa, iniciada na Argentina, era coordenada por Inés Sotelo (Diretora), responsável pela Disciplina “Clínica da Urgência” da Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires e Guillermo Belaga (Co-diretor), chefe da Equipe de Saúde Mental do Hospital de San Isidro, na Argentina.

Tal projeto de pesquisa foi iniciado no Brasil em setembro de 2008 no mesmo serviço de urgência do HC/UFMG, em colaboração implementada entre o hospital e a Universidade de Buenos Aires. A pesquisa originou-se nos hospitais argentinos e foi instituída como investigação no HC a partir do Projeto “Clínica da Urgência”. A parceria entre o hospital e a Universidade de Buenos Aires foi estabelecida e este campo de investigação, também coordenado por Lucíola Macêdo no âmbito do Hospital das Clínicas, fez parte de um grupo de trabalho composto por equipes de acolhimento de vários hospitais²⁶. Denominada *Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental*, a pesquisa multicêntrica se implementou com a colaboração de hospitais da Argentina e do Uruguai.

²⁵ O cartel é uma invenção de Lacan que visa manter na Escola um trabalho permanente de investigação em relação à psicanálise, Esse dispositivo adota como princípio a elaboração apoiada em um pequeno grupo, cria, porém, por sua estrutura e funcionamento, mecanismos que possam conter os efeitos grupais. O que une os membros de um cartel é terem interesse pela investigação de um tema comum. Cada cartelizante delimitará uma questão que se agrega a esse tema comum de onde advém o título do cartel. O “produto de cada um” e um não um produto coletivo é o que se espera ao final de um cartel. Com esse produto pretende-se que cada cartelizante possa constatar e transmitir o que foi tocado na sua relação com o saber analítico (CASTRO, 2009).

²⁶ Todo o grupo de investigação tem a coordenação de Inés Sotelo (Diretora) e de Guillermo Belaga (Co-diretor). No Brasil, o grupo de investigação no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais é composto por Lucíola Freitas de Macedo (Coordenadora local), Jorge Antônio Pimenta Filho, Carolina Leal Ferreira Simões, Iara Wanderley Biondi, Rodrigo Ferreira, Larissa Figueredo Gomes e Raquel Nogueira Duarte.

O interesse da pesquisa foi marcado pela observação do crescente e avassalador número de atendimentos de urgência realizados pelos serviços de acolhimento dos hospitais e pela necessidade de se criar um espaço de inserção das questões subjetivas e de tratamento para estas. As situações clínicas recebidas neste tipo de serviço de saúde rompem com a previsibilidade imaginada para a vida e causam angústia no paciente que chega em crise. O furo no saber científico aparece quando assume a proposta de suturar o real e diante da persistência da insatisfação e do sofrimento humanos, o sujeito urge em uma urgência. Com a demanda de “sobre tudo intervir” e de tratar o mal-estar humano, os profissionais da saúde mental são convocados cada vez mais a atuar em serviços de urgência para atendimentos desses pacientes.

Os pacientes têm sido reduzidos, uma vez mais, a neuro-hormônios, e a psiquiatria biológica é a “psiquiatria de ponta”. As queixas dos pacientes já não têm maior importância que aquela de dizer que medicamento regulará, outra vez, seu *desarmônico funcionamento*, eliminando o sofrimento. A enfermidade perdeu sua inscrição no registro da linguagem, uma vez que dela foi esvaziada a existência de um saber por parte do paciente. A dimensão histórica daquele que porta a enfermidade pouco importa e, ao invés de lhe ser possibilitada a palavra, rapidamente lhe são feitos pedidos de exames ou lhe é oferecido o remédio para que se cale. (FERRARI, 2002, p. 90)

A partir da referência dada por estes dados, que determinam a função fundamental do acolhimento dos pacientes em situação de urgência, surgiu a necessidade de se explicitar quais as características da população que recorre aos serviços de pronto-atendimento. Tal apontamento tem a finalidade de estabelecer algumas diretrizes importantes para a fundamentação teórica e prática dos dispositivos de atendimento.

4.2 O plano de investigação: a riqueza de um protocolo

Estabeleceu-se um plano de investigação que consistiu em realizar um levantamento sobre as pessoas que são atendidas pelo serviço de urgência no Hospital das Clínicas da UFMG e adaptou-se um protocolo elaborado pelo grupo de pesquisadores argentinos e utilizado pelos hospitais participantes da pesquisa. Alguns aspectos como o perfil sociológico e o familiar foram abordados neste instrumento. Investigou-se também conteúdos subjetivos, o contexto transferencial da busca do paciente pelo serviço de saúde, os aspectos relacionados

aos diagnósticos presuntivos e os que se relacionam à conclusão da urgência. Aspectos estes, considerados de grande relevância para a elaboração.

Um dos pontos desenvolvidos e de crucial importância para os pesquisadores foi o trabalho com um protocolo. A princípio, a psicanálise se coloca avessa a qualquer forma de instrumento de avaliação, pois pressupõe que este, certamente irá emoldurar e classificar o sujeito, retirando-lhe qualquer possibilidade de construção subjetiva. O que se percebeu é que o instrumento em si, não se faz problemático. A questão que se coloca é sobre o uso, muitas vezes equivocado e pouco flexível do aparato. Um protocolo pode ter seu uso determinado para fins diferentes e ser discriminado por diversas circunstâncias. No caso da pesquisa realizada no PA do HC, pode-se afirmar que o uso da ferramenta estabeleceu diretrizes importantes na construção teórica e clínica do dispositivo de atendimento das urgências.

É importante ressaltar que o protocolo empregado nesta pesquisa traz em sua formatação aspectos específicos da leitura de orientação lacaniana sobre a questão da urgência subjetiva. Os parâmetros utilizados para a investigação dos contextos dão à ferramenta a condição de uma construção singular, capaz de atingir os objetivos propostos pela pesquisa. Isso retira o protocolo da extensão universal e lhe atribui uma característica particular, que vai ao encontro da proposta da psicanálise.

Pontos da elaboração inicial do instrumento foram discutidos para que se formulasse um instrumento capaz de acolher as especificidades do contexto do HC/UFMG. Não seria possível deixar de mencionar aspectos como o lugar de resto ocupado pelo PA na instituição, o grande volume de pacientes atendidos e a forma de inserção dos praticantes de psicanálise neste espaço. Vale ressaltar que, os protocolos utilizados na pesquisa eram sempre preenchidos após os atendimentos, o que permitia que o desenrolar dos encontros do praticante de psicanálise com os pacientes mantivesse seu curso. O marcante é que o protocolo foi empregado como instrumento *a posteriori* e não como aquilo que concedia a direção ao atendimento.

A rotina dos atendimentos realizados pelos participantes do projeto não foi alterada com o estabelecimento da utilização dos protocolos, mas acrescentou-se o olhar atento e criterioso de uma primeira entrevista em psicanálise. A impressão que se tem é que a organização dos dados em um roteiro averiguou sentido à ação realizada anteriormente. É como se o instrumento atribuísse uma estrutura ao conteúdo e uma formalização dos dados clínicos que se obtinha nos atendimentos, mas que antes não tinham tal formato.

O protocolo, nesse caso, pode ser pensado como algo que, tendo uma manipulação específica, não tenta suturar o real, mas concretizá-lo enquanto existente. Dirige-se para tornar

visível e para relacionar a parte de corpo e de gozo que há em cada sujeito. Isso pressupõe dizer que o saber não é doado pelo aparato técnico, mas pelo sujeito que é escutado. A ferramenta não serviu a todos, mas pôde sim, ter seu uso aplicado a cada um. Miller aposta que é possível conciliar o discurso da psicanálise com o discurso da ciência, desde que não se abstenha de alguns princípios.

Conciliar a psicanálise com o discurso da ciência significa que sua manipulação específica do semblante constituiria um protocolo que daria acesso a um real. Há um equívoco relativo ao termo *protocolo*, que é às vezes, a formulação de uma etiqueta cerimonial, porém, também, o conjunto de regras que determinam a execução de uma experiência da qual se pode esperar o acesso a um real; seria passar do protocolo cerimonial ao protocolo de experiência²⁷ (MILLER, 2008d, p.13, tradução nossa).

Todos os aspectos abordados no protocolo, por mais objetivos que se fizessem, eram sempre vislumbrados na mesma direção. Buscava-se ir além do que um instrumento propõe a todos, ou seja, saber do sujeito, da relação que ele estabelece com o que diz. Um dado obtido na entrevista, mesmo que pareça uma simples resposta sobre o contexto sociológico ou familiar, pode ser tomado no escopo de um dado clínico. Ao praticante de psicanálise é imputada a responsabilidade de saber o que fazer com o que escutar. É preciso conferir ao protocolo um uso que não seja o de mero instrumento de avaliação ou de classificação, mas uma ferramenta auxiliar de trabalho.

É notório que alguns apontamentos realizados a partir da estruturação dos protocolos produzem maior relação com as questões subjetivas, mas nenhum dos campos investigados pode ser pouco valorizado. Muito pôde ser construído com a elaboração realizada acerca dos contextos pesquisados.

4.2.1 O contexto sociológico

No contexto sociológico alguns dados como o sexo, a idade, a naturalidade e a escolaridade eram pesquisados. Desejava-se saber onde o paciente residia, se tinha uma casa,

²⁷ Conciliar el psicoanálisis con el discurso da ciencia significa que su manipulación específica del semblante constituiría un protocolo que daría acceso a un real. Hay un equívoco relativo al término *protocolo*, que es la vez la formulación de una etiqueta cerimonial, pero también el conjunto de reglas que determinan la ejecución de una experiencia de la que se puede esperar el acceso a un real; sería pasar del protocolo cerimonial al protocolo de experiencia (MILLER, 2008d, p.13).

se era morador de rua, se era abrigado ou se estava vivendo em um ambiente de grandes vulnerabilidades. Tais dados fazem parte de um discurso universal e localizam a pessoa em um determinado espaço social.

Cabia também, ao profissional da entrevista, saber se o paciente tinha um emprego formal ou se estava desempregado. É possível manter um trabalho com o seu tipo de doença? Que uso cada sujeito faz do dispositivo da instituição com relação ao seu trabalho? Algumas observações foram retiradas desse contexto que se atrelaram à queixa e à posição subjetiva de cada um.

Esses elementos se mostraram importantes para delinear um pouco do perfil dos pacientes que recorrem a um serviço de urgência de um hospital geral. O uso dessas informações aponta para um universo social no qual o sujeito está inserido, mas diz também de sua particularidade, daquilo que ele inventa como sendo seu dentro da composição universal.

4.2.2 O contexto familiar

Informações sobre o estado civil, as pessoas com quem o paciente reside, se ele constituiu ou não uma família, são levantadas neste contexto. É importante saber qual a relação que o paciente estabelece com o outro. Como se estruturou a organização da autoridade e da transmissão familiar? Qual o lugar que seu adoecimento ocupa na sua família, ou naqueles com quem convive?

Lacan (1938[2003]) postula em seus escritos sobre os complexos familiares que a família poderia ser, a princípio, natural, mas que as relações humanas são caracterizadas por um desenvolvimento singular relacionado com o social.

A família afigura-se, a princípio, um grupo natural de indivíduos unidos por uma dupla relação biológica: a geração, que fornece os componentes do grupo; as condições do meio, postuladas pelo desenvolvimento dos jovens e que mantém o grupo, desde que os adultos geradores assegurem sua função. (...) A espécie humana caracteriza-se por um desenvolvimento singular das relações sociais (LACAN, 1938[2003], p.29).

O fato de estar inserido na linguagem já retira o sujeito de sua condição natural e pressupõe uma complexidade que faz com que haja uma infinidade de respostas dele ao contexto.

Esses dados clínicos contribuem para que o praticante de psicanálise localize, na presença do sujeito na instituição, a forma como ele construiu sua relação com o semelhante. Certamente, esse formato se repetirá no seu contato com o outro no contexto da internação, sendo muitas vezes exacerbado pela situação de crise e de angústia vivenciadas.

4.2.3 O contexto subjetivo

No contexto subjetivo, as questões elaboradas foram de grande valor para a formalização de alguns pontos em torno da direção de um atendimento de urgência. Saber como o paciente chega ao hospital, se ele vem sozinho, se vem acompanhado ou se é trazido por alguém, já demarca uma diferença. É importante ter claro o motivo da consulta e nesse ponto, é comum surgirem os equívocos entre o que é dito pelo paciente e o que é instituído pelo outro. Eis um grande mal-entendido inerente ao uso da palavra. O paciente não consegue fazer-se compreendido pelo outro que também abrange em si a impossibilidade do simbólico.

Três perguntas parecem determinar os limites do que se pode almejar de um tratamento de curta duração. O paciente relata sobre o acontecido? Localiza algum acontecimento que possa estar ligado ao aparecimento da urgência? Formula hipóteses sobre a causa dos seus sintomas? Está colocada a direção do que se espera alcançar em uma situação de crise. Sabe-se que em uma urgência, o simbólico está destituído do seu lugar e é preciso convocar o sujeito a usar a palavra, construir um ancoradouro ao redor do vazio.

Miller (2008c) aponta um caminho para responder às exigências de uma prática vinculada aos princípios da psicanálise lacaniana aplicada ao modelo de atendimentos de curta duração quando constrói o que ele denomina de “discurso do método psicanalítico”. Ele ordena os princípios da prática de um psicanalista a partir daquilo que denomina como primeiro momento da cura. O exercício do praticante de psicanálise na clínica de um hospital geral se difere de um processo de psicanálise pura, mas não deixa de privilegiar os pressupostos da psicanálise. Para tanto, Miller (2008c) trabalha em seu texto que não há um modo lacaniano de fazer análise, ou seja, não há um modelo padrão, mas há um ponto que é impossível de ser desvinculado desse trabalho, que é a direção ao sujeito.

O trabalho da psicanálise numa instituição exige remanejamentos técnicos e no enquadre do atendimento proposto pela psicanálise pura. Cruz (2007) percebeu que a garantia para o correto uso da psicanálise, para alguns profissionais, por algum tempo, estava vinculada ao enquadre analítico. “A partir dele várias regras e normas foram estabelecidas visando preservar os princípios que legitimam e norteiam sua prática, de modo a garantir sua integridade” (CRUZ, 2007, p.17). Mas, a intervenção da psicanálise não se define pelo seu enquadre, mas pela limpidez dos meios e dos fins, o que permite que um trabalho na instituição seja autorizado e legítimo.

Diferente da psicanálise pura, que tem como propósito principal, o final de análise produzindo-se um analista, a psicanálise aplicada enfatiza o tratamento do sintoma, priorizando a terapêutica. “Trata-se, assim, quando se considera sua aplicação terapêutica nas instituições, de uma forma da psicanálise situar-se entre outros discursos sem que seus fundamentos sejam dissolvidos” (CRUZ, 2007, p.17). Serge Cottet afirma que:

Se alguns parâmetros da prática *standard* estão excluídos em razão das condições novas da experiência, essa é também a ocasião de táticas inéditas, excluindo-se a estratégia ortodoxa, que visa principalmente ao final do tratamento. Em muitas instituições, nem a duração das sessões, nem a do tratamento estão à disposição do analista. No entanto, o ato não deixa de ser altamente valorizado. (COTTET, 2007, p. 29)

Miller (2001) em seu texto “Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia” define que a diferença entre a psicanálise pura e a psicanálise aplicada é melhor apreendida pela prática e não pelo fato da atuação se dar em uma instituição. Isso aponta para uma dissolução dessa diferença, mantida neste texto para o fim de indicar que o que se espera de um tratamento de psicanálise em uma instituição não é a conclusão de uma análise. Dessa forma, o que importa verdadeiramente não é o que diferencia a psicanálise pura da psicanálise aplicada à terapêutica, já que em ambas situações, trata-se de psicanálise. O que tem importância é a atuação que, em nome da terapêutica, abre mão dos princípios da psicanálise, misturando o que é psicanálise com o que não é.

Se nós condensamos o objetivo, para sermos precisos, o que não pode ser permitido é que a psicanálise, na sua dimensão ou no seu uso, na sua preocupação terapêutica, seja atraída, empurrada e mesmo mortificada por essa espécie de não-psicanálise que se decora com o nome de psicoterapia. O que seria preciso é que a psicanálise aplicada à terapêutica permaneça

psicanalítica e que ela se mantenha impassível com relação à sua identidade psicanalítica. (MILLER, 2001, p.10)

Lacan enuncia em seu texto, *Variantes do tratamento padrão*, que “uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista” (LACAN, 1998, p.331). Isso remete à formulação de que um psicanalista é determinado por sua função e não por seu ser, como afirma Graciela Brodsky. “Consideremos primeiro que um analista é uma questão de função; sendo questão de função, trata-se daquilo que um psicanalista deve realizar para desempenhar seu papel.” (BRODSKY, 2003, p.24). São apontamentos como esses que orientam a atuação do praticante de psicanálise que trabalha em um Pronto-atendimento e que, diversas vezes, terá que atuar com rapidez sem se desvincular dos princípios que regem a ética da psicanálise.

Entende-se o que é, para que serve e que função cumpre o psicanalista? Entende-se, assim, nesse sentido, que a função tem a ver com o lugar. Se essa maneira de pensar a coisa é seguida, um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que no transcurso de meia hora, faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar. Desde a perspectiva da função, a função não é a mesma. (BRODSKY, 2003, p.25).

O atendimento de curta duração não tem como escopo o término de uma análise, mas, para Miller, tem uma finalidade definida e pode ser estabelecido em três níveis distintos. Ele aponta um percurso a ser trabalhado no início do tratamento de psicanálise de orientação lacaniana que remete à atuação do praticante no hospital. O que se observa é que, na prática, esses níveis se apresentam sem uma separação muito clara e, em realidade, eles se superpõem. Os três níveis estabelecidos por Miller como “método analítico” são a avaliação clínica, que pode ser associada à questão do relato do paciente, a localização subjetiva que pode ser prevista no momento em que ele localiza algum acontecimento referido à urgência e a introdução ao inconsciente que pode ser vislumbrada com a formulação de hipóteses sobre a causa do seu sintoma. Questões estas que apontam para a investigação do contexto subjetivo no protocolo da pesquisa.

O vínculo entre os pontos estabelecidos por Miller se constitui de forma que entre os níveis da avaliação e da localização subjetiva ele denomina de subjetivação e, entre os níveis da localização subjetiva e da introdução ao inconsciente, ele chama de retificação. Todo esse esquema é importante para se ter claro o que se quer obter de um atendimento breve com

pressupostos da psicanálise lacaniana. Ele associa esse esquema ao que se poderia pensar como sendo as entrevistas preliminares em um tratamento psicanalítico de longa duração.

O primeiro nível das entrevistas preliminares pode ser definido como o ponto de se decidir o que se quer alcançar com o atendimento. Estabelece-se a avaliação clínica como o objetivo inicial desta definição e a precisão da estrutura clínica do paciente é o que Miller determina como sendo de crucial importância para a direção da cura. “As entrevistas preliminares, em realidade, se prestam como um meio para realizar um diagnóstico preliminar. O analista deve ser capaz de concluir, de uma maneira prévia, algo a respeito da estrutura clínica da pessoa que vem ser consultada²⁸” (MILLER, 2008c, p.20, tradução nossa). Este aspecto não pode ser abandonado também em um tratamento de curta duração. A estrutura clínica ainda que não definida, deve ser almejada, esboçada com os dados clínicos que se recolhe na escuta de um paciente.

Avaliam-se os fenômenos elementares e outros índices que possam esclarecer o diagnóstico. Para Miller, a grande encruzilhada do diagnóstico em psicanálise está na definição entre uma neurose histérica ou uma psicose, uma vez que, “um sujeito psicótico e um histérico podem, em um dado momento, expressar-se mais ou menos da mesma maneira²⁹” (MILLER, 2008c, p.25, tradução nossa). Porém, há pontos que são comuns também a uma psicose e a uma neurose obsessiva, como no caso do Homem dos Ratos, analisado por Freud. Pode-se também confundir psicose com perversão, pois há que se ter claro que estrutura perversa não é a mesma coisa que condutas perversas. Há que se ter claro, que apesar dos traços fazerem alusão a mais de uma estrutura clínica, cada sujeito só pertencerá a uma delas, estabelecendo-se como um neurótico, um psicótico ou um perverso.

A questão do diagnóstico em psicanálise se torna de crucial importância para o momento seguinte do “método analítico” que é o da localização subjetiva. “O diagnóstico não pode ser separado da localização subjetiva que introduz, na própria prática analítica, a necessidade de considerar como um operador prático a categoria lingüística da enunciação³⁰” (MILLER, 2008c, p.27, tradução nossa). Isso demonstra que o diagnóstico em psicanálise não é caracterizado pela objetividade, mas sim pela referência ao sujeito e sua relação com o Outro.

²⁸ Las entrevistas preliminares, em realidad, se enplean como un medio para realizar un diagnóstico preliminar. El analista debe ser capaz de concluir, de una manera previa, algo respecto de la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo (MILLER, 2008c, p.20).

²⁹ Un sujeto psicótico y un histérico pueden, en un momento dado, expresarse más o menos de la misma manera (MILLER, 2008c, p.25).

³⁰ El diagnóstico no puede ser separado de la localización subjetiva, que introduce, en la propia práctica analítica, la necesidad de considerar como un operador prático la categoría lingüística de la enunciación (MILLER, 2008c, p. 27)

O nível da localização subjetiva marca a importância de se ter como direção aquilo que o paciente diz. O essencial não é o fato, nem o comportamento do paciente, mas sumamente, o conteúdo do que ele fala. Em seu relato, é possível que seja capaz de descrever o acontecimento, sem que, de fato, o relacione à situação de urgência ou tenha uma mínima implicação em sua queixa. O paciente, na maioria das vezes não se dá conta do intervalo, da dimensão de incompreensão que há no que diz. Miller orienta uma separação entre a dimensão do fato e a do dito. Entretanto, ele marca que a dimensão do dito não é suficiente para um trabalho ser considerado analítico. Há um passo posterior.

Lichtensztain (1990) aponta para o que Miller afirma quando diz que um paciente quando chega, geralmente comunica o que lhe ocorreu, comunica seu padecimento, porém, essa comunicação é da ordem do dito e não do dizer.

Comunicar quer dizer transmitir, pôr em relação, informar, porém, nós sabemos, como analistas, que aqui não termina a questão, mas sim começa, e começa no ponto onde um sujeito está posto em relação com a linguagem e onde a sua relação com o Outro se impõe forçosamente³¹ (LICHTENSZTAIN, 1990, p.115, tradução nossa).

Para a experiência analítica, o nível descritivo dos fatos não tem muito valor, o essencial é como cada sujeito vive aquilo que descreve, como ele estabelece sua relação com o que vivencia. É preciso saber sobre a posição do sujeito em relação àquilo que ele diz, para assim, localizar a porção que há de dizer nesse conteúdo. Ou seja, a parte de conteúdo inconsciente, que não é manifesto, naquilo que é falado.

Ir dos fatos aos ditos não é suficiente. É essencial um segundo passo. O passo seguinte é questionar a posição que toma aquele que fala com relação aos seus próprios ditos. O essencial é, a partir dos ditos, localizar o dizer do sujeito, ou seja, o que Lacan, retomando uma categoria de Jakobson, chamava enunciação, que significa a porção que aquele que enuncia toma com relação ao enunciado³² (MILLER, 2008c, p.39, tradução nossa).

Estas são questões que fazem surgir a distância entre o dito e o dizer e que o analista sempre deve situar o sujeito como referência. Tal construção quer dizer que se trata de

³¹ Comunicar quiere decir transmitir, poner en relación, informar, pero nosotros sabemos, como analistas, que aquí no termina la cuestión, sino que recién comienza en el punto en donde un sujeto está puesto en relación al lenguaje y en donde en su relación con el Otro se le impone forzosamente tal relación (LICHTENSZTAIN, 1990, p.115).

³² Ir de los hechos a los dichos no es suficiente. Es esencial un segundo paso. El paso siguiente es questionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Lo esencial es, a partir de los dichos, localizar el decir del sujeto, o sea, lo que Lacan, retomando una categoría de Jakobson, llamaba enunciación, que significa la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado (MILLER, 2008c, p.39).

distinguir entre o conteúdo dito pelo paciente e a posição dele em relação ao que disse. Essa posição é o que se pode marcar como sendo o próprio sujeito. “Como princípio do método, é imperativo que o analista distinga sempre o enunciado da enunciação e, paralelamente, o dito do dizer. Uma coisa é o dito, o dito como fato, e outra coisa o que o sujeito faz do que disse³³” (MILLER, 2008c, p.44, tradução nossa).

Miller se pergunta o que demarcaria a posição do sujeito e responde que o sujeito é o intervalo, o vazio onde se pode escrever uma história com suas próprias palavras.

O que é o sujeito? O sujeito é essa caixa vazia, é o lugar vazio onde se inscrevem suas modalizações. Esse vazio encarna o lugar de sua própria ignorância, encarna o fato de que a modalidade fundamental que se deve fazer surgir é a seguinte: “eu (o paciente), não sei o que digo”. E, nesse sentido, o lugar da enunciação é o próprio lugar do inconsciente³⁴ (MILLER, 2008c, p.57, tradução nossa).

Para o registro da objetividade, muito presente no contexto de um serviço de urgência, nenhum desses apontamentos teria sentido. Tais considerações tomam grande valor quando o registro em questão é o do sujeito, como no método analítico. Estabelece-se a função do sujeito para localizar algo da subjetividade, ou seja, para introduzir o intervalo que há entre o que o sujeito diz e o que não diz. Frequentemente, ele não sabe o que diz. À medida que o sujeito fala, escuta, e pode ter acesso a uma dimensão até então desconhecida.

É preciso atribuir ao sujeito seu próprio dito, sua parte de verdade, já que há a impossibilidade de conhecer toda a verdade sobre si mesmo. Isso visa ao encontro com o seu discurso, a propiciar uma localização subjetiva, ponto este, fundamental para a direção de um tratamento de curta duração. “A localização subjetiva consiste em fazer aparecer a caixa, essa caixa vazia onde se inscrevem as variações da posição subjetiva. É como tomar entre parênteses o que o sujeito disse e fazer-lhe perceber que toma diferentes posições, modalizadas, com relação ao seu dito³⁵” (MILLER, 2008c, p.56, tradução nossa).

³³ Como principio del método, es imperativo para el analista distinguir siempre el enunciado de la enunciación y, paralelamente, el dicho del decir. Una cosa es el dicho, el dicho como hecho, y otra lo que el sujeto hace de lo que dice (MILLER, 2008c, p.44).

³⁴ ¿Qué es el sujeto? El sujeto es esa cajá vacía, es el lugar vacío donde se inscriben lãs modalizaciones. Ese vacío encarna el lugar de su propia ignorancia, encarna el hecho de que la modalidad fundamental que se debe hacer surgir, a través de todas las variaciones, las modalizaciones, es la siguiente: “Yo (el paciente), no sé lo que digo.” Y, en este sentido, el lugar de la enunciación es el propio lugar del inconsciente (MILLER, 2008c, p.57).

³⁵ La localización subjetiva consiste en hacer aparecer la caja, esa caja vacía donde se inscriben las variaciones de la posición subjetiva. Es como tomar entre paréntesis lo que el sujeto dice e hacerle percibir que toma diferentes posiciones , modalizadas, con relación a su dicho (MILLER, 2008c, p.56).

Se o paciente escutado em uma situação de urgência conseguir localizar elementos que possam ser relacionados com o aparecimento da urgência, isto em si já pode ser considerado como um princípio para a direção da cura.

É esta a função da fala na linguagem. Mais do que a reconstrução histórica factual, o valor da fala na análise é a posição enunciativa a partir da qual o saber pode, não propriamente “ser verdadeiro”, mas gerar efeitos de verdade. A ética do bem-dizer, nesse sentido, seria o dever de fazer funcionar o saber e a ausência do saber, ao mesmo tempo. (...) É o contrário de saber tudo, do saber em posição de comando como no discurso universitário. Neste, o dever é saber mais. (BERNARDES, 2003, p.170)

O terceiro tempo da organização de Miller (2008c) sobre o método analítico é o que ele chama de introdução ao inconsciente e tal nível abrange também a retificação subjetiva. É o momento em que é criado um nível além do contido na objetividade, ou seja, um nível próprio ao sujeito remetendo à questão do bem-dizer apontada anteriormente. A função do analista é contribuir para o bem-dizer do sujeito, introduzindo-o em um acordo entre o dito e o dizer, de tal maneira que possa aproximá-lo de dizer o que de fato deseja. Para Miller, essa é a chave ética da psicanálise. Ele retorna ao percurso elaborado para chegar ao momento da retificação.

A localização subjetiva não é só uma avaliação da posição de sujeito, mas também um ato do analista, um ato ético. (...) O analista através da separação entre enunciado e enunciação, da reformulação da demanda, da introdução do mal-entendido, dirige o paciente a uma via precisa ao encontro do inconsciente; o leva em direção ao questionamento do seu desejo e do que quer dizer, e o faz perceber que, em si mesmo, há sempre um mal-entendido³⁶ (MILLER, 2008c, p.62, tradução nossa).

As entrevistas preliminares, tratando-se de uma análise de longa duração, e as entrevistas realizadas no âmbito do acolhimento da urgência, tornam-se de grande valor a partir do momento em que são agregadas funções além das de mera investigação diagnóstica. Seu primor está na aposta de um efeito subjetivo que possibilite uma desestruturação da posição do sujeito para que ele possa, enfim, reconstruir-se.

Pressupõe-se transformar o paciente que vem com uma queixa, em um sujeito, em alguém que se refere ao seu dizer, guardando certa distância do dito. É esperado que o

³⁶ La localización subjetiva no és solo una evaluación de la posición del sujeto, sino también un acto del analista, un acto ético. (...) El analista a través de la separación entre enunciado e enunciaci3n, a trav3s de la reformulaci3n de la demanda, de la introducci3n del malentendido, dirige al paciente en una v3a precisa al encuentro del inconsciente; lo lleva en direcci3n al cuestionamiento de su deseo y de lo que quiere decir, y hacerle percibir que, en s3 mismo, hay siempre una boca mal-entendida (MILLER, 2008c, p.62).

paciente deixe de queixar dos outros para queixar-se de si mesmo, responsabilizando-se pelo que diz. Aí está o ponto de retificação subjetiva que consta nas entrevistas preliminares e que se almeja com os atendimentos realizados pelos praticantes de psicanálise do “Projeto Clínica da Urgência”. Retificação do sujeito em suas relações com o real e Miller (2008c) aponta que, só se pode aproximar do real através do dito.

O ato analítico consiste em implicar o sujeito naquilo do que ele se queixa, implicá-lo nas coisas das quais se queixa. É um erro pensar, em análise, que o inconsciente seja o responsável das coisas pelas quais alguém sofre. Se assim fosse, destituiríamos o sujeito de sua responsabilidade. (...) Lacan chamava retificação subjetiva quando, em análise, o sujeito aprende também sua responsabilidade essencial no que lhe ocorre. O paradoxo é que o lugar da responsabilidade do sujeito é o mesmo do inconsciente³⁷ (MILLER, 2008c, p.70, tradução nossa).

Chegado a este ponto, o sujeito será conduzido a aceitar um processo de análise, ou seja, a falar sem saber o que diz, a querer buscar um sentido para aquilo que se tornou para ele uma questão. É preciso abandonar a posição de não saber para querer saber mais.

Vale ressaltar que, o esquema do “método analítico” proposto por Miller dá um contorno à proposta de atendimento do Projeto “Clínica da Urgência” no pronto-atendimento do Hospital das Clínicas. Nesse contexto, a intervenção analítica visa a possibilitar que o paciente, por meio de seu relato, tenha um primeiríssimo discernimento de sua posição de sujeito localizando a aparição da urgência, o que lhe possibilitará, certamente, a formulação de hipóteses sobre a causa de seu sofrimento. Porém, o que se percebe é que um número pouco representativo de pacientes chega a esse momento do tratamento em uma instituição de saúde.

Observou-se através do dispositivo de acolhimento às urgências que se construiu a partir dessa investigação e das intervenções que lhes concernem, que há, na grande maioria dos casos, uma atenuação sintomática e uma resolução da urgência generalizada. Pacientes demonstraram um evidente alívio da angústia ao direcionar ao outro sua fala e, os sintomas pelos quais os praticantes foram acionados para os atendimentos, cederam lugar a alguma elaboração simbólica.

³⁷ El acto analítico consiste en implicar al sujeto en aquello de lo que se queja, implicarlo en las cosas de las cuales se queja, Es un error pensar, en el análisis, que el inconsciente sea el responsable de las cosas por las cuales alguien sufre. Se así fuese destituiríamos al sujeto de su responsabilidad. (...) Lacan llamava retificación subjetiva cuando en el análisis el sujeto aprende también su responsabilidad esencial en lo que ocurre. La paradoja es que el lugar de la responsabilidad del sujeto es el mismo del inconsciente (MILLER, 2008c, p.70).

4.2.4 O contexto transferencial

O contexto transferencial abrange aspectos como o modo de chegada do paciente ao hospital e se houve algum tratamento dele, anterior a esta internação, na instituição. O sistema público de saúde apresenta características em seu funcionamento que interferem diretamente no modo de encaminhamento do paciente para a rede. O direcionamento do paciente não é feito com base em uma escolha, nem por uma suposição de saber em algum profissional. Ele é imposto ao paciente de acordo com as possibilidades do sistema. Agrega-se o paciente à instituição pela proximidade de sua residência ou por definição de algum diagnóstico.

Deffieux (2007) aponta que a chegada do paciente à instituição, no caso, de saúde mental, é marcante na instauração da transferência. “A instauração da transferência depende da maneira como a indicação de hospitalização foi formulada e como as modalidades de entrada foram pensadas e organizadas” (DEFFIEUX, 2007, p. 114). Porém, pode-se associar essa proposição com o hospital geral também.

A instituição hospitalar é legitimada como um espaço de tratamento, de reabilitação e de cura. É agregada de valores sociais que lhe atribuem a missão de curar sempre, sustentados pelos variados progressos tecno-científicos, particularmente, no campo da ciência médica. O hospital geral universitário é também concebido como um local de formação profissional e de transmissão de conhecimento no qual o saber é privilegiado nas relações que se estabelecem neste contexto.

No caso específico do Hospital das Clínicas da UFMG, sabe-se que a instituição é representante de um significante-mestre da civilização, o de possuidora de um saber que é sustentado por toda a rede de saúde. O HC é considerado um hospital “referência” para diversas patologias e o que se observa na fala dos pacientes é que eles já vêm com uma transferência instituída pelo hospital. O saber está localizado apenas do lado da instituição. Uma quantidade considerável de pacientes demonstrou, em seu relato, que se dirigia ao HC ratificando sua posição de “referência”, pois acreditava na instituição como detentora do saber, como aquela que sanaria todo o sofrimento de um corpo doente.

Essa questão toca de forma importante e crucial as possibilidades de manejo da transferência podendo auxiliá-la ou impor-lhe limites. O fato de idealizar a instituição como um Outro capaz de salvá-lo da morte pode contribuir para que o paciente permaneça na posição de objeto, apenas acolhendo tudo o que lhe é ofertado. Wolodarski aponta que a

transferência, como um fenômeno imaginário, pode acontecer “previamente à consulta, transferência do inconsciente de um sujeito ao Outro, ao que ele supõe que lhe proverá a chave do que interroga. É a esse Outro que se transfere a posse da resposta àquilo que do seu sofrimento advém como pergunta³⁸” (WOLODARSKI, 1990, p.110, tradução nossa). É preciso elaborar sobre o lugar que a instituição é colocada pelo sujeito e as respostas dele frente a isso.

O praticante de psicanálise precisa fazer exceção, desconstruir “A instituição” constituindo um furo nesse S¹, para que haja a possibilidade de instauração de uma demanda. Colocar-se como instrumento para acolher a palavra do paciente dando-lhe o valor único de um saber institui um sujeito. Wolodarski trabalha em seu texto *Transferência na urgência* (1990, tradução nossa)³⁹ que a experiência analítica inclui a transferência e isso pressupõe que “a idéia é devolver ao sujeito sua própria mensagem no momento em que ele esteja em condições de escutá-la, sem que desperte nele, se não sua aceitação, ao menos não uma violenta resistência⁴⁰” (WOLODARSKI, 1990, p.110, tradução nossa). Pois, caso contrário, por fazer parte do dispositivo de atendimento, o praticante de psicanálise pode entrar apenas como mais um na série de objetos oferecidos como parte do tratamento.

Stevens (2007) afirma que “É a clínica, a articulação, caso por caso, que produz esse efeito e põe no primeiro plano de nosso trabalho o S¹ do sintoma de cada paciente, mais do que o S¹ do mestre na civilização” (STEVENS, 2007, p. 79).

Diante da diversidade de respostas dos sujeitos frente ao Outro da instituição, essa oferta de escuta, produz efeitos muito particulares podendo acarretar, assim, alguma ou nenhuma implicação do paciente naquilo que ele diz. A relação que se estabelece entre a demanda de atendimento e a oferta de tratamento, em função das próprias características do pronto-atendimento, deve ser vislumbrada, já que, o paciente não vem à procura de um profissional de psicanálise. A função do analista, neste caso, é saber utilizar a transferência.

De fato, quando buscam um serviço de saúde, nem sempre esperam se deparar com um profissional da escuta e esse encontro tem suas vicissitudes marcadas pelo formato da demanda. Quinet (2000) estabelece que “a resolução de se buscar um analista está vinculada à hipótese de que há um saber em jogo no sintoma ou naquilo de que a pessoa quer se

³⁸ “previa a la consulta, transferencia del inconsciente de un sujeto a un Otro al que se le supone que le proveerá la clave a su interrogante. Es a ese Otro que se le transfiere la posesión de la respuesta a aquello que de su sufrimiento deviene pregunta (WOLODARSKI, 1990, p.110).

³⁹ Transferencia en la urgencia

⁴⁰ La idea es devolverle al sujeto su propio mensaje en el momento que este en condiciones de escucharlo sin que despierte en él si bien no su aceptación, al menos no una violenta resistencia (WOLODARSKI, 1990, p.110).

desvencilhar” (QUINET, 2000, p.25). O atendimento é determinado pela forma como o paciente chega até o praticante de psicanálise e, nesse caso, não há como dizer que o paciente sempre chega ao praticante, mas muitas vezes, é este quem se dirige àquele tentando provocar-lhe um efeito de sujeito.

O manejo adequado da transferência poderia orientar o caso em direção a um possível acompanhamento a partir da introdução de algum interrogante para o sujeito que o implique no que lhe aconteceu. É muito comum que os pacientes enunciem sua necessidade imperativa e rápida de cura para o seu mal-estar, entretanto, o dispositivo só será eficaz se puder trabalhar a angústia do paciente sem cair na pressa que a urgência apresenta, mas possibilitando a emergência de um sujeito ou sua implicação subjetiva (MACÊDO, 2009).

Em alguns casos, quando há a possibilidade de intervenção da psicanálise, o que se propõe é que esse discurso circule. Não se pretende transformar o hospital geral em uma instituição analítica, porém, pode-se fazer o propósito de que a fala do sujeito seja objeto de trabalho daqueles que ali transitam supostamente enquanto equipe. É preciso sustentar que há um saber que é próprio da instituição, mas há outro, que está do lado do paciente e que não pode ser desvencilhado do seu tratamento.

4.2.5 O contexto diagnóstico presuntivo à urgência

A ausência de um diagnóstico frequentemente tem conseqüências para o tratamento. Miller (2008c) aponta esta como sendo uma das tarefas iniciais de um atendimento em psicanálise, o que é corroborado por Wolodarski (1990). “Nossa primeira intervenção na urgência estará sustentada então, na atenta escuta a fim de que se possa perfilar, nas entrevistas, um diagnóstico aproximativo de estrutura⁴¹ (WOLODARSKI, 1990, p.111, tradução nossa).

No entanto, sabe-se que o diagnóstico em psicanálise, diferentemente, dos diagnósticos feitos pela medicina e pela psiquiatria são complexos e difíceis de serem definidos baseando-se apenas nas evidências dos sintomas, já que estes podem pertencer a

⁴¹ Nuestra primera intervención en la urgencia estará sustentada entonces, en la atenta escucha a fin de que en las entrevistas perfilar un diagnóstico aproximativo de estructura (WOLODARSKI, 1990, p.111).

mais de uma estrutura clínica. O que se prioriza é a construção de um caso clínico e não apenas a descrição dos fenômenos observáveis.

O atendimento em uma situação de urgência dá indícios da estrutura do sujeito a partir do que se percebe da relação que ele estabelece com o Outro, com a linguagem e com o real. Presume-se uma estrutura, mas às vezes, não é possível afirmá-la por se tratar de uma situação de crise e de rompimento com o simbólico. Os sintomas objetivos podem ser considerados como índices importantes para uma avaliação psiquiátrica, e não podem ser subestimados no hospital geral. Geralmente, os casos definidos como emergência e que geram demanda de atendimento para o grupo de praticantes de psicanálise estão relacionados a sintomas psiquiátricos.

Agitação, ansiedade, transtornos do humor e da alimentação, disfunções orgânicas, são frequentes em uma internação e diante do incômodo social que causam, o profissional da escuta é convocado para dar uma resposta. Apesar de observar tais sinais e de em alguns momentos recorrer a eles como forma de construção do quadro clínico, o praticante de psicanálise os utiliza como um instrumento clínico auxiliar, pois sabe que eles não representam referências importantes quando se busca o diagnóstico através dos mecanismos de estrutura como o da negação, da forclusão ou do desmentido. O que vai estabelecer um diagnóstico em psicanálise como sendo uma neurose, uma psicose ou uma perversão é a relação que o sujeito estabelece com a estrutura simbólica e este, só faz sentido, se servir de orientação para a condução do tratamento.

O que se prevê nessa pesquisa no contexto diagnóstico presuntivo à urgência é a história da saúde mental do paciente. Os dois enfoques de diagnóstico, tanto o psiquiátrico como o psicanalítico foram abordados neste protocolo e se mostram de grande valor para a construção do caso. Pesquisaram-se dados acerca de tratamentos atuais ou anteriores nas áreas da psiquiatria e/ou da psicologia.

Dentre os vários aspectos do diagnóstico não psicanalítico investigados estão o uso de alguma medicação psicotrópica, os episódios de violência como tentativas de auto-extermínio ou violência exercida contra outras pessoas e a descrição de sintomas que possam vincular o caso a algum transtorno descrito pelo CID-10 (Código Internacional de Doenças). Nessas entidades diagnósticas, que priorizam os sintomas e os sinais para classificar o transtorno, o sujeito com sua história e com a de sua doença desaparecem. Mas em um contexto em que o simbólico está inscrito e que se prioriza o dito do paciente, como no diagnóstico psicanalítico, o que vai orientar é a palavra e a relação que cada sujeito estabelece com ela. Essa construção

do caso clínico se mostra fundamental para a direção de tratamento de um caso de urgência de um hospital.

4.2.6 O contexto de finalização da urgência

O contexto de finalização da urgência pressupõe alguns aspectos como sendo indicadores do fim da crise. Pergunta-se em quantas entrevistas a urgência foi resolvida, se houve necessidade de prescrição de alguma medicação psiquiátrica e o encaminhamento dado ao paciente como modo de resolução da urgência. Esses endereçamentos incluem as perspectivas de uma internação em outro setor do hospital, a transferência para continuidade do tratamento em outra instituição, o encaminhamento para atendimento nos ambulatórios do HC, a alta hospitalar ou o óbito.

Em grande parte dos casos atendidos, observou-se uma melhora significativa daquilo que localizamos como urgência generalizada, e que frequentemente, seus sintomas eram a causa das demandas. O fato de colocar em palavras o que o retirara do simbólico produzia um apaziguamento imediato no sujeito, sem que fossem necessárias indicações de medicamentos psicotrópicos.

O encontro com o profissional da escuta, ainda que breve, marcou a importância desse dispositivo criado como espaço de acolhimento e de tratamento das urgências. Transformar uma urgência generalizada em uma urgência subjetiva é função de um praticante de psicanálise inserido em um serviço de pronto-atendimento e isso, por si só, já representa a direção do sujeito no curso de sua cura. Talvez se possa apontar a circunstância de se deparar com um praticante de psicanálise no hospital como o núcleo princeps de uma mudança de posição do sujeito, já que este está na condição maior de atravessamento da angústia pelo encontro com o real.

Todos os objetivos dos atendimentos realizados pelos praticantes de psicanálise do Projeto “Clínica da Urgência” no contexto do pronto-atendimento do HC tinham como princípio a implicação do paciente em seu sofrimento. Esperava-se produzir um efeito de sujeito, ainda que mínimo, em cada um que era escutado. Esse resultado pode ser alcançado a partir da proposição de uma questão do sujeito em relação ao seu mal-estar, uma prova da divisão do sujeito enquanto inserido no campo do simbólico. É claro que não se tinha como expectativa um tratamento de psicanálise de longa duração, mas um trabalho com efeitos

analíticos, que colocasse o sujeito diante de um enigma que o alavancasse em busca de endereçar uma demanda a um analista. O final de uma urgência pode, então, ser equiparado ao início de um tratamento.

Isso significa que não basta sofrer para precipitar-se a um tratamento, assim como não basta se queixar para permanecer no mesmo. É necessário que um sintoma se configure como um enigma para um sujeito, que a fala formule uma interrogação sobre o sofrimento para que o sujeito se engaje em um tratamento direcionando esse sintoma a um analista. E isso se faz com o provocar no sujeito um desejo de mudança (CALAZANS; BASTOS, 2008, p.649).

O que se observou é que mais do que uma receita “para todos”, já que o tratamento proposto pelo Sistema Único de Saúde assim o define, a psicanálise propõe ao sujeito encontrar uma solução particular que lhe permita a pacificação de suas modalidades de gozo, inserido em um laço social.

A instituição hospitalar é preparada para receber e tratar organismos doentes, mas não inclui em seus “scripts” o gozo do sujeito contido em seu corpo. Isso produz desajustes e mal-entendidos na prática de um serviço de saúde e provoca grandes transtornos no cotidiano da instituição. Trabalhar vislumbrando a presença do inesperado, do que foge à programação, só é possível quando se dá conta da porção de real contida na contingência da vida. E esse é, sem dúvida, um objeto de trabalho da psicanálise. Acolher o resto e dar lugar ao que insiste sem esperar que o que vem do outro venha organizado, enlaçado e aprazível é supor a inefável condição humana de todos os que habitam o universo da urgência.

Quinet (2000) aponta como a presença do real insiste ainda que tratado pela via da palavra.

Em relação à cura, como efeito terapêutico esperado numa análise, concordamos com Lacan quando diz que um sujeito, enquanto tal é incurável: ele não pode ser curado de seu inconsciente. Por mais análise que se faça, mesmo que se atravesse a fantasia e se chegue ao final, o inconsciente não vai deixar de se manifestar (QUINET, 2000, p.20).

Isso pressupõe que seria interessante que o dispositivo de acolhimento do sujeito em urgência pudesse se organizar de modo que o prosseguimento do acompanhamento produzisse algum movimento de subjetivação da urgência, mais-além do alívio momentâneo e pontual da angústia. O tratamento da urgência além de se constituir como a formulação de uma demanda é feito a partir da derivação desta. O sujeito tomado pela contingência de ser dividido, perde sua condição de Um. É o encontro com o praticante de psicanálise na urgência que propiciará seu endereçamento ao Outro. “Ali onde algo se localiza, algo se perde. É neste ponto que se

instala o dispositivo analítico, quando o analista da urgência se subtrai, dando lugar a um Outro que ocupe o lugar de Sujeito Suposto Saber⁴²” (WOLODARSKI, 1990, p.113, tradução nossa).

Um espaço para acolhimento das demandas criadas neste contexto mostrou-se ausente pelas próprias condições existentes na instituição e muitas dificuldades se fizeram vistas no momento de encaminhamento desses pacientes para a rede de saúde. O alojamento desses sujeitos emergentes em um dispositivo de tratamento psicológico que se propusesse a acolher a urgência teria um grande valor, já que poderia conferir algum ordenamento simbólico que possibilitasse a resolução da urgência não apenas generalizada como também subjetiva.

Por outro lado, pôde-se observar que os obstáculos estruturais enfrentados no momento de encaminhar os pacientes para acompanhamento psicológico, naqueles casos que se tornaram indicativos, não lograram a possibilidade de contribuir para que o sujeito fosse capaz de relatar o que lhe ocorreu e de localizar os acontecimentos ligados ao seu sofrimento. Entretanto, o que se esperava desse encontro é, sobretudo, que cada sujeito formulasse hipóteses sobre as causas do seu mal-estar, conferindo-lhe a possibilidade de avançar para além de um alívio sintomático. Almejou-se uma implicação de cada um no seu sofrimento para que se tornasse efetiva uma mudança de posição em relação à sua constituição de sujeito.

4.3 Discussão acerca da presença da psicanálise no Pronto-atendimento do HC/UFMG

A presença dos profissionais orientados pela psicanálise nas instituições é bastante significativa e produz efeitos, muitas vezes, decisivos, na prática desses complexos lugares. É importante delinear quais foram as consequências da presença do Projeto “Clínica da Urgência” no pronto-atendimento do HC/UFMG. Por menores que se fizessem os efeitos institucionais, ainda sim, valeria ressaltar o valor provocado no um a um, pelo encontro com um profissional da escuta. Laia (2003), em seu texto *A prática lacaniana nas instituições* resalta a importância da presença e da atuação dos profissionais transferidos pela psicanálise nas instituições.

⁴² Ahí donde algo se localiza algo si pierde. Es en un punto en el cual se instala el dispositivo analítico, cuando el analista de la urgencia se sustrae dando lugar a que un Otro ocupe el lugar de SsS (WOLODARSKI, 1990, p.113).

Não só é bastante significativo o número de psicanalistas de orientação lacaniana que trabalham ativamente nessas instituições, como é também muitas vezes decisivo o impacto que a prática desses analistas tem sobre o cotidiano dessas instituições, o diferencial que ela imprime no prognóstico dos casos atendidos (LAIA, 2003, p.28).

Ele aponta alguns aspectos que orientam em relação à saber se a prática lacaniana tem incidido alguma diferença no acolhimento e no tratamento de pacientes inseridos em um circuito institucional. Para isto, marca a importância de se observar a forma como o analista opera com a psicanálise nas instituições, os efeitos das normas institucionais sobre a prática do analista, as dificuldades encontradas no contexto institucional e as relações de trabalho que se estabelece com aqueles que não são analistas. Tais apontamentos remetem à atuação dos praticantes de psicanálise no pronto-atendimento do HC.

Com a atividade do Projeto “Clínica da Urgência” e a presença dos praticantes de psicanálise no PA do Hospital das Clínicas alguns efeitos puderam ser observados na rotina do setor. Não se pode dizer que tenha havido uma modificação organizacional ou estrutural que gerasse uma instituição psicanalítica, ou seja, um espaço onde todos os profissionais estivessem transferidos com o saber da psicanálise, em formação ou pelo menos em um processo de análise. Entretanto, é certo que a intervenção da psicanálise, em congruência com seus princípios, se fez presente e efetiva no um a um.

A cada caso atendido, discutido e construído, pôde-se perceber um efeito único, capaz de produzir uma maior sensibilidade para a questão da subjetividade em um local onde a presença do horror e do caos impera. Em meio a tanta pressa e agitação, alguns sujeitos puderam ser escutados e a direção do tratamento, que em um primeiro momento curvava-se somente à lógica dos protocolos científicos, rendeu-se à exigência da singularidade dos sujeitos.

Essa abertura aponta para a diferença determinada pela existência do discurso da psicanálise na instituição, uma vez que, a subjetividade sempre esteve presente, mas sem uma escuta, sem uma direção, sem uma proposta de intervenção. À medida que se institui a existência da particularidade de estar engajado na linguagem, pressupõe-se que ser humano é deparar-se com a parte do desconhecido, do horror e do inesperado que há em cada um, para então assumi-la como sendo própria. Isso requer uma invenção de cada profissional de saúde para acolher cada indivíduo que chega ao serviço de urgência e uma maior flexibilidade dos aparelhos institucionais para se adaptarem a essas singularidades.

Estar atento à presença desses enodamentos subjetivos permite maior disposição para acolher o real, como aquilo que não se prevê. Não se espera uma resposta infalível e certa daquilo que o sujeito estabeleceu como relação com o Outro, mas permanece-se aberto para acolher o que surja dele. Busca-se uma disposição institucional para abrigar as diferenças apontadas pelo Outro social como transtorno. É uma tentativa de não recusar sujeitos que antes sofreriam algum tipo de segregação por seu posicionamento subjetivo.

Assim sendo, as formas como o praticante de psicanálise de orientação lacaniana opera, com a psicanálise, nas instituições, demarca um lugar de exceção. É assumir que se está dentro e fora ao mesmo tempo, incluindo-se nos diversos discursos, mas dando existência a um diferente saber. Fazer parte do contexto institucional sem se entregar às suas regras e produzindo um trabalho que as inclua, é função de um praticante de psicanálise neste contexto. O que se almeja é que se estabeleça um laço entre o sujeito e a instituição sem que se perca o que é particular de cada um.

As normas e as regras institucionais são importantes para que se estabeleça alguma organização naquilo que se apresenta como desgovernado, como puro real, porém não podem estar a serviço de extraírem as subjetividades que por ali passam. É preciso que se produzam sujeitos, ainda que sob efeito dos preceitos da estrutura organizacional. E o que se percebe é que quando consideradas as particularidades subjetivas, a relação que se estabelece entre o hospital e o paciente se desenrola com menores percalços.

Não se pode deixar de mencionar que esses efeitos alcançados não foram sem dificuldade. Como exigência de toda prática da psicanálise, a inventividade e a criatividade são fundamentais. Diversos foram os obstáculos encontrados pelos praticantes de psicanálise no próprio circuito institucional. Estar em um espaço médico, onde circulam diferentes saberes sobre a vida e sobre a morte e conseguir fazer o discurso da psicanálise circular é tarefa trabalhosa.

As relações de trabalho estabelecidas com profissionais de diversos campos de conhecimento e com aqueles que não são transferidos pela psicanálise produzem seus efeitos sobre a prática lacaniana nas instituições. Grande parte dos indivíduos que atuam no serviço de urgência do HC não tem formação em psicanálise, nem mesmo qualquer vínculo com este tipo de discurso. Isso requer acolher um outro saber, que não passa despercebido quando estes se dirigem ao praticante de psicanálise para solicitar-lhe algum atendimento ou para discutir alguma situação embaraçosa.

Muitas vezes o que se espera de um praticante de psicanálise no hospital geral é que ele se converta à lógica do fazer “tudo funcionar” como preconizado pelas rotinas

estabelecidas em um serviço de urgências médicas. Atribui-se a ele a função de normalização e de enquadramento daquilo que está fora do circuito do bom funcionamento. Porém, aquilo que se supõe é da ordem da demanda e, trabalhando sobre ela, o praticante de psicanálise vai atuar sem perder de vista sua direção: ou seja, o sujeito.

Enfim, foram notórios os efeitos da presença do analista no funcionamento da instituição e na condução dos casos clínicos a partir da mudança provocada pela inserção do Projeto “Clínica da Urgência” no PA do HC. A rotina sempre agitada, apressada e repleta de atividades urgentes, não deixou de existir, mas o fato de se ter um profissional da escuta em um ambiente de grandes imprevistos aponta para a dimensão de que há algo para se dizer, enquanto a equipe de saúde trabalhará em prol de algo por se fazer. O que se tornou diferente foi o diálogo entre a ciência e a psicanálise, possível em uma instituição de saúde. E o que se alcançou foi um endereçamento das questões subjetivas e das angústias de cada sujeito que por ali passou. E isto, contado no um a um pode ser tomado como algo de grande valor, já que cada um que teve seu encontro com a psicanálise pôde, da sua forma, vivenciar o que é uma experiência de sujeito. O real, na sua dimensão insistente, nunca para de operar, no entanto, quando vislumbrado como parte do contexto, atua como coadjuvante de um novo arranjo.

5 CONCLUSÃO

O novo estatuto da expressão urgência subjetiva, enquanto sintoma social, aponta para um tempo em que a psicanálise é e será bastante convocada a atuar. A urgência exige uma intervenção que não pode ser adiada. É a pressa instaurada na prática do analista, que terá que responder sem se desvincular dos princípios da orientação lacaniana. Toda essa exigência atual interpela por uma formalização clínica e epistêmica que seja capaz de ofertar um aparato próprio para o acolhimento e o tratamento da urgência subjetiva.

Esta investigação se mostrou de fundamental importância para que, de fato, se alcançassem os objetivos propostos. Pode-se afirmar que as frentes de trabalho das quais a pesquisadora participou, como o Projeto “Clínica da Urgência”, o cartel vinculado à EBP-MG, e a pesquisa multicêntrica conseguiram oferecer instrumentais clínicos e teóricos causadores de um grande movimento no sentido de questionamentos, buscas e construções.

O que se conclui é que a noção de urgência amplia-se com a extensão do conceito de trauma na atualidade e isso requer um maior cuidado por parte dos profissionais da escuta com essa clínica. Urgência e trauma exigem uma intervenção rápida, pois se entrelaçam no ponto em que ocorre o rompimento agudo da cadeia significante. Momento em que o sujeito não conta com as representações simbólicas e imaginárias nas quais se apoiava, o que configura uma situação traumática. Tudo que não é programável ou que escapa a uma programação pretendida pela ciência pode ser rapidamente assimilado como trauma, apontando para uma época que recusa a contingência.

Por estar vinculada à dimensão da linguagem, uma urgência subjetiva suplica pela intervenção de um psicanalista. E, somente assim, se constituirá enquanto tal. Nesse ponto, pode-se entender a urgência subjetiva como um fenômeno que só será construído a partir de um dispositivo que permita a elaboração acerca do acontecimento traumático. É possível que o sujeito elabore uma questão, apontando para uma causa que o divida e que produza uma operação de desestabilização da posição de sujeito.

Estabelece-se então o lugar do praticante de psicanálise na instituição hospitalar não como aquele que tem as respostas para a dor e para o sofrimento do paciente, mas aquele que se oferece para receber a sua palavra marcada pela singularidade. Acolher a dor e aceitar a recusa do sujeito, marca a possibilidade de um dizer da angústia e do sofrimento, permitindo que, em algumas situações, seja possível localizar a causa de tanto tormento. Na medida em

que o praticante oferece sua presença, sua escuta e sua interpretação, possibilitando que o sujeito fale e permitindo a pausa, abre-se um novo tempo e espaço para a subjetivação, para a elaboração de algo em torno do seu padecimento.

A função do praticante de psicanálise em um atendimento à urgência subjetiva é isolar um significante mestre, tornando-o legível para ordenar a lógica do tratamento de algo que não contava com qualquer representação simbólica. Desta forma, torna-se possível tocar um ponto de real, localizar o que se fez traumático para cada um.

Não há como negar as diversas mudanças produzidas no mundo contemporâneo, a psicanálise, porém, propõe uma brecha naquilo que se impõe como universal e segregativo. A modalidade de intervenção psicanalítica marca sua exterioridade às intervenções médicas, pois não se constitui na objetividade e localiza, através da palavra do sujeito, um ponto de gozo, uma experiência de real em uma urgência subjetiva.

A experiência analítica visa a fazer uma certa circunscrição à singularidade das soluções e dos modos de satisfação, localizando algo que possa dar um contorno à urgência. Localizar as possíveis coordenadas que se relacionam com o desencadeamento da crise já pode ser considerado como o tratamento da urgência. Assim como propõe Miller no texto *Introdução ao método psicanalítico*⁴³ (2008c, tradução nossa) o que se espera de uma intervenção é produzir um efeito de divisão no sujeito, possibilitando-lhe, quem sabe, a construção de uma questão que o leve, talvez, a demandar uma análise de longa duração.

Quando o sujeito se queixa, é possível que um ponto do gozo seja tocado e a intervenção talvez possibilite uma implicação dele naquilo que fala, tornando viável uma mudança em seu posicionamento subjetivo. Miller (2002, p.9) em seu texto *O real é sem lei* afirma que não se poderá esquecer a contribuição fundamental que Lacan trouxe à leitura de Freud que é a de pontuar a função da fala como operador principal na prática analítica. Seja qual for o seu campo de atuação, o praticante de psicanálise irá ter como direção aquilo que o sujeito diz e que comporta tanto a dimensão do dito quanto a do dizer.

A proposta de trabalho não é a de tratamento psicanalítico na instituição hospitalar, mas de uma clínica que vise à subjetividade, que aposte no particular e na construção do caso clínico, em um espaço onde o praticante de psicanálise atua perpassado por diversos atravessamentos institucionais. A psicanálise introduz a dimensão do posicionamento subjetivo daquele que fala diante dos fenômenos que o habitam, afastando-se de toda descrição que possa ser da ordem do objetivo e do universal.

⁴³ Introducción al método psicoanalítico

Estabelece-se a função da fala na linguagem como maior e mais ampla do que a reconstrução factual da história do sujeito. O valor da fala em uma experiência analítica é a posição enunciativa a partir da qual o sujeito expõe um saber. Este saber pode não ser propriamente verdadeiro, do ponto de vista puramente objetivo, mas, enquanto dizer, gera efeitos de verdade. Esta é a proposta da ética do bem-dizer, formulada pela psicanálise de orientação lacaniana. É o contrário do saber tudo, do saber do outro em posição de comando como acontece no discurso de uma instituição universitária. Neste sentido, há o dever de fazer funcionar o saber e sua ausência ao mesmo tempo, assumindo sempre a posição de um vazio, de uma ignorância que exige saber mais.

Diante de uma urgência, entre o instante de ver e o momento de concluir, não há tempo para que um sujeito, laçado pelo inesperado, possa compreender. O praticante de psicanálise vai trabalhar para que não deixe que este tempo necessário para compreender seja perdido. Diante da pressa por concluir que transpõe aqueles que da urgência participam, o praticante da psicanálise propõe uma pausa para escutar o que ali se passa. É preciso um tempo para que o acontecimento que toca o real possa fazer parte da história do sujeito. Somente desta forma poderá dizer “disto” que se fez insuportável.

Alexandre Stevens (2007), em sua prática com a psicanálise em uma instituição que recebe crianças em situação de urgência, aponta para a aposta no que aparece como invenção singular diante do encontro com o real e que se fez como proposta de tratamento no Projeto “Clínica da Urgência”.

A orientação analítica de nossa clínica requer que estejamos permanentemente atentos à invenção. Nossa tarefa não é a de interpretar ao infinito, mas de estar prontos para ouvir a surpresa. Os pacientes⁴⁴ que recebemos no Courtil são, de diversas formas, desarrimadas, expostas a um gozo que não conseguem localizar. (...) Todo o trabalho consiste em lhes permitir inventar pontos de basta, o que também chamamos “pontos de ancoragem” (STEVENS, 2007, p.81).

Evidenciou-se então, a importância de se pensar no formato e no tempo da intervenção do praticante de psicanálise na clínica da urgência em uma instituição. Tempo que, ainda que breve, inclua um momento de compreender e que proporcione ao sujeito uma mudança subjetiva, uma variação na sua relação de sujeito com o real.

⁴⁴ No texto, o autor não utiliza o termo pacientes, mas as crianças, por ser esta a especificidade de sua clínica. Modificou-se a citação para que ela não ficasse descontextualizada do texto.

É preciso pensar no lugar construído pelo discurso da psicanálise na instituição hospitalar. Lugar este marcado pelo encontro de diversos saberes sobre o traumático, onde o praticante de psicanálise pode sustentar sua escuta aplicada ao particular, apostando no singular, do um a um, afirmando que a palavra pode viabilizar ao sujeito reatar o fio da sua história encontrando uma saída possível.

Enfim... É chegado o momento de concluir e, não se pode dizer que foi possível se abster do tempo de compreender. O instante de ver, marcado pela tomada de decisão de escutar esses sujeitos submersos em um sofrimento quase insuportável e pela intenção de uma formalização rigorosa diante de uma exigência de atuação rápida e eficaz, foi o precipitador dessa investigação. No entanto, deparou-se com uma realidade muito mais complexa, instigante e engrandecedora. O que se espera é que esse trabalho possa tocar no sentido de produzir algo que nos retire do entorpecimento diante do real e que faça dos encontros com ele um alinhavo ao redor dos buracos da vida.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Elisa. Um divisor de águas entre psicanálise e psicoterapia. **Revista Phoenix**. Curitiba: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Paraná, n.3, p.61-71, set. 2001.

ANSERMET, François. Da psicanálise aplicada às biotecnologias, e retorno. **Latusa digital**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Rio de Janeiro, n.1, ano 0, ago. 2003. 7p. Disponível em: <http://www.latusa.com.br/menu_revista_digital.html> Acesso em: 08 mai. 2009.

ANTÓN, Mariano; CORONEL, Marta; LESERRE, Lucas. Una clínica da la urgencia: lecturas críticas. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada: la práctica en el hospital**. 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006a. p.173-201.

AURÉ, Marga. O ato analítico e a oferta da transferência em instituição. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.216-221.

BARRETO, Francisco Paes. Psicanálise e Psiquiatria Biológica. In: BARRETO, Francisco Paes. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999. p.161-172.

BARROS, Romildo do Rêgo. Sem standard, mas não sem princípio. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory. (Orgs.) **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p.39-48.

BARROS, Romildo do Rêgo. Urgência, um novo tempo. In: VIEIRA, Marcus André (Ed.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2008. p.08-09.

BARROS, Marcelo. **Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009. 87p.

BELAGA, Guillermo. O psicanalista aplicado no hospital. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory. (Orgs.) **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p.9-18.

BELAGA, Guillermo. La urgencia generalizada – ciencia, política y clínica del trauma. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005. p.09-29.

BELAGA, Guillermo. Apresentação: La urgencia generalizada, la práctica en el hospital. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada: la práctica en el hospital**. 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006a. p.11-19.

BELAGA, Guillermo. Urgencias subjetivas: teoría y clínica. In: HORNE, Bernardino; BELAGA, Guillermo; KRUSZEL, Liliana (et.al.). **Logos 4**. 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006b. p.69-138.

BELAGA, Guillermo. Na cidade pânico. Sintomas da urgência subjetiva e respostas da psicanálise. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.27, p.17-26, Nov. 2008.

BELAGA, Guillermo; SOTELO, Inês. Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas e respuestas clínicas . In: SOTELO, Inês (comp.) **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009. p.31-36.

BERNARDES, Angela C. A ética do bem-dizer. In: BERNARDES, Angela C. **Tratar o impossível: a função da fala na psicanálise**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. P.169-171.

BIALER, Mabel; BLANCO, Betina; DREYZIN, Aníbal (et. al.). **La urgência: el psicoanalista em la práctica hospitalaria**. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. 125p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Brasília: Editora MS, p.17, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgt.es.pdf> Acesso em: 06 nov.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília:Ministério da Saúde, 2ed.,44p., 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf> Acesso em: 06 nov.2010.

BRODSKY, Graciela. A solução do sintoma. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory. (Orgs.) **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p.19-32.

BROUSSE, Marie-Hélène. Três pontos de ancoragem. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.22-26.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-

652, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000400010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 nov. 2010.

CARVALHO, Betty K. Lembi de. A rede de urgência em Belo Horizonte – MG – Brasil. In: **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte. n.18(4), p. 275-278, 2008.

CASTRO, Helenice de. **O que é um cartel?** Escola Brasileira de Psicanálise, 2009. Disponível em: <<http://www.ebp.org.br/carteis/carteis.html>> Acesso em: 11 nov. 2009.

CEBALLOS, Silvina; PRÓSPERO, Carolina. Tática, estratégia y política en la clínica de la urgência. In: SOTELO, Inês (comp.) **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009. p.99-105.

CIACCIA, Antonio Di. Inventar a psicanálise na intuição. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory. (Orgs.) **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p.33-38.

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.

COTTET, Serge. O psicanalista aplicado. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.27-31

COUTO, Sônia Maria Araujo. **Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica**. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2005. 120p.

CRUZ, Alexandre Dutra Gomes. **A Psicanálise Aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**. 2007, 118f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

DEFFIEUX, Jean-Pierre. O sujeito paranóico e a transferência em instituição. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.112-117.

FERRARI, Ilka Franco. A psicanálise no mundo da ciência. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas. n.8(11). p.82-91. Jun. 2002.

FERRARI, Ilka Franco. Trauma e segregação. **Latusa**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Rio de Janeiro. v.09, 2004. p.149-162.

FERREIRA, Carolina Leal. O “lugar” do imprevisível... In: MOURA, Marisa Decat de. (Org.) **Psicanálise e Hospital 4 – Novas versões do pai**: reprodução assistida e UTI. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2005. p.163-169.

FERREIRA, Carolina Leal. **O corpo no Centro de Tratamento Intensivo: sujeito ou objeto?**. 2004. Monografia (conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu*). Universidade FUMEC, Faculdade de Ciências Humanas, Belo Horizonte.

FRANCISCO, Mercedes de. La época que niega lo imposible. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada 2**: ciencia, política y clínica del trauma. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005. p.63-73.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica (1950 [1895]). In: FREUD, Sigmund. **Publicações pré-analíticas e rascunhos inéditos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.333-454.

FREUD, Sigmund. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 69. (21 de setembro de 1897. (1950 [1897])). In: FREUD, Sigmund. **Publicações pré-analíticas e rascunhos inéditos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.309.

FREUD, Sigmund. A etiologia da histeria (1896). In: FREUD, Sigmund. **Primeiras publicações psicanalíticas**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.185-215.

FREUD, Sigmund. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). In: **Primeiras publicações psicanalíticas**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.III. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.247-270.

FREUD, Sigmund. Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna (1908). In: FREUD, Sigmund. **“Gradiva” de Jensen e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.165-186.

FREUD, Sigmund. Além do princípio de prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das

Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.13-75.

GARCÍA, Germán. **Actualidad del trauma**. Buenos Aires: Grama ediciones, 2005. 96p.

GUÉGUEN, Pierre-Gilles. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.17-21

LACAN, Jacques. **Psicanálise e medicina**. Salpetrière: Colégio de Medicina, 1966. 20 f. Apresentação em mesa-redonda.

LACAN, Jacques. Seminário de 15 de novembro de 1967. In: LACAN, Jacques. **O ato psicanalítico - Seminário XV**. Livro inédito. [1967-1968], 1994. p.03-20.

LACAN, Jacques. Do sujeito enfim em questão. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.229-237.

LACAN, Jacques. Variantes do tratamento-padrão. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.325-364.

LACAN, Jacques. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.197-213.

LACAN, Jacques. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**. São Paulo, n.32, p. 8-14, dez. 2001.

LACAN, Jacques. Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, [1938]2003. p.29-90.

LAIA, Sérgio. A prática lacaniana nas instituições. **Correio**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.42, p.27-29, abr. 2003.

LAIA, Sérgio. A prática analítica nas instituições. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortêncina; FRUGER, Flory. (Orgs.) **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p.19-32.

LAURENT, Éric. O analista cidadão. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.13, p.12-19, set. 1999.

LAURENT, Éric. O trauma ao avesso. **Papéis de psicanálise**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.21-28, abr. 2004.

LAURENT, Éric. Hijos del trauma. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada**: la práctica en el hospital. 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006. p.23-29.

LAURENT, Éric. Dois aspectos da torção entre sintoma e instituição. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.237-249.

LEGUIL, François. Reflexiones sobre la urgencia. In: BIALER, Mabel; BLANCO, Betina; DREYZIN, Aníbal. (et. al.) **La urgência**: el psicoanalista en la práctica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. p. 23-28.

LICHTENSZTAIN, Clara. Comunicación – diagnóstico diferencial – entrevistas preliminares. In: BIALER, Mabel; BLANCO, Betina; DREYZIN, Aníbal. (et. al.) **La urgência**: el psicoanalista em la práctica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. p. 115-119.

LIJINSTENS, Claudia. El psicoanálisis aplicado... aun. **Revista Lacaniana de Psicoanálisis**, Buenos Aires. Ano 5, n. 9, p.154-158. 2009.

LIMA, Tânia Mara Assis; RIBEIRO, Antônio Luiz Pinho. 80 anos do Hospital das Clínicas da UFMG: desafios e oportunidades (Editorial). **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte. n. 18(3), 2008.

MACÊDO, Lucíola Freitas de. Da suposição à invenção: o sujeito suposto saber na clínica das urgências subjetivas. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.27, p.57-62, Nov. 2008.

MACÊDO, Lucíola Freitas de; PIMENTA, Jorge; SIMÕES, Carolina Leal Ferreira; et.al. **Investigação sobre as urgências subjetivas no hospital**: primeiras conclusões sobre a influência das normas institucionais na prática clínica, e na subjetividade dos consultantes - contribuição da equipe de pesquisadores do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: relatório inédito, 2008b. 11p.

MACÊDO, Lucíola Freitas de; PIMENTA, Jorge; SIMÕES, Carolina Leal Ferreira; et.al. **Relatório da pesquisa Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental**. Belo Horizonte: relatório inédito, 2009. 6p.

MACÊDO, Lucíola Freitas de; PIMENTA, Jorge; SOTELO, M. Inês; et. al. Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte: PUC Minas, v.16, n.1, p.1-16, abr. 2010.

MARIAGE, Véronique. Psicanálise e instituição. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.24, p.33-42, Jun. 2007.

MARON, Glória. Urgência sem emergência?. In: VIEIRA, Marcus André (Ed.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2008. p.10-21

MATTOS, Sérgio de. A disponibilidade do analista. **Correio**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.42, p.19-26, abr. 2003.

MILLAS, Daniel. **Una práctica sintomática**: leituras online do 4º Encontro Americano de Psicanálise Aplicada, 2009. Disponível em:
<http://ea.eol.org.ar/04/pt/template.asp?lecturas_online> Acesso em: 22 mai. 2010.

MILLER, Jacques-Alain. Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia. **Phoenix – Revista da Delegação Paraná da EBP**, Curitiba, n.3, p.9-44, set. 2001.

MILLER, Jacques-Alain. Um real para a psicanálise. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n.32, p.15-18, dez. 2001b.

MILLER, Jacques-Alain. O real é sem lei. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n.34, p.7-34, out. 2002.

MILLER, Jacques-Alain. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n.41, p.7-67, dez. 2004.

MILLER, Jacques-Alain. United Symptoms. In: MILLER, Jacques-Alain. **El Otro que no existe y sus comités de ética**. Buenos Aires: Paidós, 2006. p. 9-30.

MILLER, Jacques-Alain. **Rumo ao PIPOL 4**: leituras online do 4º Encontro Americano de Psicanálise Aplicada, 2008a. Disponível em:
<http://ea.eol.org.ar/04/pt/template.asp?lecturas_online/textos/miller_hacia_pipol4.html>
Acesso em: 04 fev. 2010.

MILLER, Jacques-Alain. **Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona.** Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Scriptum Livros, 2008b. 159p.

MILLER, Jacques-Alain. **Introducción al método psicoanalítico.** Buenos Aires: Paidós, 2008c. 200p.

MILLER, Jacques-Alain. ¿Qué es lo real? In: MILLER, Jacques-Alain. **La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica** . Buenos Aires: Paidós, 2008d. p. 9-20.

MORELLI, Antônio. Psicanálise, políticas públicas e caso único. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.25, p.75-79, Nov. 2007.

MUDJALIEB, Amanda Almeida; NEVES, Cláudia E. Abbês Baêta; COSTA, Guilherme Cândido (et al.). Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na Emergência de um Hospital Universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte. N. 19(4 supl 2), p.53-58, 2009.

NAPARSTEK, Fabián A. La acción lacaniana o el psicoanálisis en acción. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada: la práctica en el hospital.** 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006a. p.73-78.

NAVEAU, Pierre. A psicanálise aplicada ao sintoma: o que está em jogo e problemas. **Correio**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.42, p.11-18, abr. 2003.

PACHECO, Lilany Vieira. Algumas considerações sobre o conceito de sujeito em Lacan. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.8, p.92-95, set. 1996.

PALANQUES, Elvira Guilañá. Neurociencia del consumo: cronicidad y urgencia subjetiva. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada: la práctica en el hospital.** 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006a. p.79-83.

QUINET, Antônio. Introdução. In: QUINET, Antônio. **As 4+1 condições de análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 8 ed., 2000. p. 7-12.

QUINET, Antônio. As funções das entrevistas preliminares. In: QUINET, Antônio. **As 4+1 condições de análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 8 ed., 2000. p. 13-34.

ROJAS, Alejandra. La angustia en las primeras entrevistas. In: SOTELO, Inês (comp.) **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009. p.49-54.

SANTIAGO, Jesús. O standard lacaniano. **Correio**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.42, p.30-32, abr. 2003.

SELDES, Ricardo. La urgencia y el discurso. In: BIALER, Mabel; BLANCO, Betina; DREYZIN, Aníbal. (et. al.) **La urgência**: el psicoanalista em la práctica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. p.29-33.

SELDES, Ricardo. La urgencia subjetiva, um nuevo tiempo. In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada**: la práctica en el hospital. 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006. p.31-42.

SELDES, Ricardo. O Campo Freudiano e a urgência subjetiva: uma proposta de trabalho. In: VIEIRA, Marcus André (Ed.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2008. p.100-108.

SOTELO, Inés. La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia . In: BELAGA, Guillermo (Org.). **La urgencia generalizada**: la práctica en el hospital. 2.ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006a. p.97-114.

SOTELO, Inês. Que hace un psicoanalista en la urgência?. In: SOTELO, Inês (comp.) **Perspectivas de la clínica de la urgencia**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009. p.23-30.

SOUTO, Simone. Editorial. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.27, p.5-6, Nov. 2008.

STEVENS, Alexandre. A instituição: prática do ato. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.76-85.

TEIXEIRA, Antônio. O que significa escrever em psicanálise?. **Almanaque**, Belo Horizonte, n.8, p.19-22, nov. 2002.

VIEIRA, Marcus André (Ed.). **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Subversos, 2008. 108p.

VIEIRA, Marcus André. Introdução. In: VIEIRA, Marcus André. **Restos**: uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008b. p. 11-22.

VIEIRA, Marcus André. A psicanálise do lixo. In: VIEIRA, Marcus André. **Restos**: uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008b. p. 109-131.

VIEIRA, Marcus André. Conclusão. In: VIEIRA, Marcus André. **Restos**: uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008b. p. 133-141.

WOLODARSKI, Diana. Transferencia en la urgencia. In: BIALER, Mabel; BLANCO, Betina; DREYZIN, Aníbal. (et. al.) **La urgência**: el psicoanalista em la práctica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. p. 109-113.

ZUCCHI, Marcia Aparecida. A psicanálise entre os protocolos sanitários e a rebeldia dos corpos. **Revista Eletrônica do Núcleo Sephora**. Rio de Janeiro, n. 01, art. 06, p.1-6. nov. 2005 a abr. 2006. Disponível em: <http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero_01/artigo_06port_edicao01.htm> Acesso em: 16 jul. 2010.

ANEXO A - Questionário utilizado na pesquisa e elaborado pela equipe de investigação da Universidade de Buenos Aires

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:

A- CONTEXTO SOCIOLÓGICO:

1- **Sexo:** () Feminino
() Masculino

2 - **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()

3 - **Naturalidade:**

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

5- **Vínculo empregatício:** ()
Sim

() Não
() Formal () Informal

6- **Desempregado há quanto tempo:**

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

7- **Razões do desemprego:**

8- **Residência:** () Própria () Alugada
() Abrigo () Morador de rua
() Outro

9- **Zona residencial:** () BH () Centro

- () Bairro residencial
 () Vilas/Favelas
 () Região Metropolitana BH
 () Zona Rural – MG
 () Interior – MG
 () Outro Estado

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
 () Outros:

3- Localiza acontecimento ligado ao aparecimento da urgência:

- () Não
 () Sim, com dificuldade
 () Sim, com facilidade
 () Outros

4- Formula hipóteses sobre causa de seus sintomas:

- () Não
 () Sim, com dificuldade
 () Sim, com facilidade
 () Outros:

5- Motivo da Consulta:

D- CONTEXTO TRANSFERENCIAL

1- 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:

2- Tratamento prévio ou atual neste hospital:

- () Sim Pedido de interconsulta? Setor:
 () Não

E- CONTEXTO DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO À URGÊNCIA:

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

- () Sim () Não () Não sabe

2- 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

Neste Hospital: () Sim () Não () Não sabe

- () Anteriormente: duração
 () Menos de 1 mês () Menos de 1 ano
 () Mais de 1 ano () Não sabe
 Neste Hospital: () Sim () Não () Não sabe

Há 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

Neste Hospital:

- () Sim () Não () Não sabe

- () Anteriormente: duração
 () Menos de 1 mês () Menos de 1 ano
 () Mais de 1 ano () Não sabe

Neste Hospital:

- () Sim () Não () Não sabe

Há quanto tempo está sem tratamento?

- () Menos de um mês () Menos de um ano
 () Mais de um ano () Não sabe

3- Recebeu medicação psiquiátrica alguma vez?

() Sim () Não Não sabe ()
 Qual? () Antidepressivo () Antipsicótico ()
 Ansiolítico
 () Anticonvulsivo () Não sabe () Outros

4- **Tentativa de suicídio:** () Atual () Anteriores

5- **Episódios de Violência atuais:** () Sim () Não
 () Social () Familiar
 Quem exerce: () Paciente () Familiar () Outros

6- 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

F- CONTEXTO DE FINALIZAÇÃO DA URGÊNCIA

1- Em quantas entrevistas a urgência foi resolvida:

() 1 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 da inscrição e da aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



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

Parecer nº. ETIC 086/09

**Interessado(a): Profa. Lucíola 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. T. Marques Amaral", is written over a horizontal line.

**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: Luciola 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 consubstanciado da Câmara Departamental.

Diante do exposto, smj sou favorável à **aprovação**.