

ARTIGO

# *A escuta em uma UPA: proposições de uma psicologia advertida pela psicanálise e sob a inspiração da Atenção Psicossocial<sup>I</sup>*

*Listening in an Emergency Care Unit: propositions of a psychology informed by psychoanalysis and inspired by Psychosocial Care*

Maico Fernando Costa<sup>II</sup>

## **Resumo**

Acreditamos que a construção e a exposição de reflexões a partir da práxis de uma/um trabalhadora/r da saúde, no âmbito hospitalar, têm o seu valor, sobretudo se, diante disso, a intenção é debater sobre uma escuta aos sujeitos em sofrimento psíquico em um local em que, tradicionalmente, o que se tem por objeto principal é tratar as doenças orgânicas sob o prisma do saber médico-hospitalocêntrico. O objetivo deste artigo foi refletir sobre a experiência de um psicólogo em uma Unidade de Pronto Atendimento, advertida pela psicanálise e inspirada na Atenção Psicossocial. O método que adotamos combinou as teorizações acerca da vivência de atendimentos de casos na Unidade hospitalar, na relação com os demais colegas da equipe, com uma pesquisa de caráter bibliográfico detida em textos de práticas de psicanalistas em hospitais e nas reflexões de Costa-Rosa, Luzio e Yasui. A/O psicóloga/o psicossocial hospitalar, advertida/o pela psicanálise, vale-se então desse horizonte, o qual visa a desbloquear os discursos que estão bloqueados. Nesses termos, acrescentamos que, junto à transformação das relações sociais institucionais, há nesse escopo de ação em saúde a viabilização de que nossos colegas de equipe possam se instrumentalizar igualmente pela variedade de terapêuticas relacionadas à postura psicossocial no hospital.

**Palavras-chave:** Serviços de atendimento de emergência. Psicanálise. Intervenção psicossocial.

## **Abstract**

We believe that the construction and exposition of reflections based on the praxis of a health worker in a hospital setting has its value, especially if the intention is to debate how to listen to subjects in psychological distress in a place where the main object has traditionally been to treat organic diseases from the perspective of hospital-centered medical knowledge. The aim of this article was to reflect on the experience of a psychologist in an Emergency Care Unit, guided by psychoanalysis and inspired by Psychosocial Care. The method we adopted combined theorizing about the experience of dealing with cases in the hospital unit, in the relationship with other colleagues on the team, with bibliographical research into texts on the practices of psychoanalysts in hospitals and the reflections

<sup>I</sup> Este artigo é um dos produtos da nossa dissertação de mestrado defendida no ano de 2016, intitulada "A clínica da urgência na Unidade de Pronto Atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no Sujeito do inconsciente".

<sup>II</sup> Maico Fernando Costa (maicofernandodd@yahoo.com.br) é mestre e doutor em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), com pós-doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) e aprimoramento profissional em Saúde Mental e Saúde Pública pela DRS IX – Marília (SP). É coordenador executivo do Centro de Humanização da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

of Costa-Rosa, Luzio and Yasui. The hospital psychologist, warned by psychoanalysis, then makes use of this horizon, which aims to unblock the discourses that are blocked. In these terms, we would add that, along with the transformation of institutional social relations, this scope of action in health makes it possible for our teammates to be equally equipped by the variety of therapies related to the psychosocial stance in hospital.

**Keywords:** Emergency care services. Psychoanalysis. Psychosocial intervention.

## Introdução

Acreditamos que a construção e a exposição de reflexões a partir da *práxis* de uma/um trabalhadora/r da saúde, no âmbito hospitalar têm o seu valor. Isso se dá, sobretudo, se a intenção é debater sobre uma escuta aos sujeitos em sofrimento psíquico em um local em que, tradicionalmente, o que se tem por objeto principal é tratar as doenças orgânicas sob o prisma do saber médico-hospitalocêntrico. Colocadas essas palavras, o objetivo deste artigo é refletir, por intermédio do lugar de psicólogo, sobre uma experiência de *práxis* em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que foi advertida pelas contribuições da psicanálise e esteve inspirada na Atenção Psicossocial, no que ela tributa originariamente ao campo da Saúde Mental e aos movimentos de Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no mundo.

Para a escrita deste texto, utilizamos como método de investigação as bases de pesquisa e de dados científicos Scielo, Lilacs, Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Recorremos ainda a textos científicos de psicanalistas que discorrem sobre a prática psicanalítica em hospitais. Em relação às contribuições da Atenção Psicossocial, de um modo mais objetivo e sintético neste trabalho, optamos especialmente pelas teorizações de Costa-Rosa, Luzio e Yasui<sup>1</sup> em seu artigo “Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva”.

O artigo está dividido em dois tópicos, “Uma psicologia advertida pela psicanálise” e “A inspiração na Atenção Psicossocial: proposições de um psicólogo psicossocial”. Trata-se de um ensaio que buscou tecer investigações preliminares, tendo por solo a experiência in vivo do trabalho no campo da Saúde e uma pesquisa bibliográfica que possuiu o intuito de servir de subsídio não só às questões teóricas, mas igualmente àquelas suscitadas pelos limites, fracassos e impossibilidades de nossa *práxis*.

## Uma psicologia advertida pela psicanálise

O âmbito da Saúde Hospitalar é um particular *lôcus* de atuação para o psicólogo advertido pela psicanálise. Está claro que são significativas as mudanças encontradas no momento em que saímos do tradicional consultório, para citar algumas: a configuração arquitetônica, o espaço utilizado e as noções de tempo. A *Clínica da Urgência*, inserida numa UPA<sup>III</sup> e no Hospital Geral (como preferem as referências, às quais nos dedicamos), desafia os tratamentos à saúde restritos ao ambiente controlado. As variáveis descobertas pelo psicólogo advertido pela psicanálise na escuta ao sujeito do inconsciente são particulares àquele local<sup>2</sup>.

Introduzimos o tempo como um dos nossos ângulos de análise. Por ele, os trabalhadores da Saúde Hospitalar organizam os procedimentos técnicos e organizam-se em equipe na direção do tratamento dos sujeitos do sofrimento. Existe o cronômetro nos procedimentos cirúrgicos, no intervalo entre uma medicação e outra, para

<sup>III</sup> Unidade pré-hospitalar fixa. As UPAs estão em atividade 24 horas diárias, todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Elas têm a função de ser a porta de entrada da Urgência e Emergência, comprometendo-se em oferecer a retaguarda aos Hospitais Gerais, para os casos mais graves que precisarem de uma estabilização inicial e posterior encaminhamento à alta complexidade.

se iniciar e finalizar um atendimento, sem contar que, na maioria dos casos, em um Estabelecimento público, há um tempo máximo e mínimo para a permanência dos sujeitos nos leitos hospitalares.

Alocado na escuta que se dirige ao inconsciente, o psicólogo estará entre esses dois tempos: o do sujeito e o da instituição, e, pegando emprestada uma expressão utilizada por Costa-Rosa<sup>3</sup>, precisará realizar uma espécie de *cálculo de escuta*, de modo a não atrapalhar as intervenções médico-clínicas. Logicamente, não abrindo mão de apostar no discurso do sujeito, de provocar o surgimento da dimensão inconsciente no sofrimento [a princípio] físico. Façamos um adendo em tom de ressalva: na Unidade de Saúde Hospitalar, estendemos a escuta não só aos sujeitos do tratamento, levamos em conta também os seus acompanhantes, na particularidade de cada um, também inclusos na experiência do Acidente.

No cotidiano Hospitalar, o tempo do sujeito e dos trabalhadores pode se confundir. Convivemos com a visível correria e rapidez da equipe para se tratar a doença. Conforme Machado e Chatelard<sup>4</sup> (2013), estamos afastados das normas e técnicas convencionais, dos contratos que estabeleceríamos com os sujeitos se estivéssemos no *setting* entre quatro paredes. Sobre isso, Elias<sup>5</sup> disse: o atendimento é

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

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

Os eventos imprevisíveis convocam nossa presença, requerem a inventividade para “adaptar a nossa técnica às novas condições”<sup>6</sup>. Nos corredores, na recepção, no lado externo do prédio, nas salas de observação, de hidratação, de inalação, na sala de Emergência, o propósito é operar com a psicanálise onde quer que tenha um sujeito para falar do que dói. Para

*[...] que esse trabalho seja possível, é preciso contar com a criatividade do analista; com a capacidade de produzir recursos simbólicos para a instauração dos dispositivos analíticos, visto que tais recursos são precários no hospital. Dito de outra forma, diante das surpresas provocadas pelas situações do cotidiano hospitalar, é imprescindível o saber fazer do analista no que concerne às condições para que a prática do trabalho analítico seja possível.<sup>4</sup>*

Reafirmamos, diferentemente de Machado e Chatelard<sup>4</sup> e das demais referências, que não partimos da posição de nos dizer analistas; porém, ao que pretendemos, como trabalhadores advertidos pela psicanálise, o *saber-fazer* (ou *fazer-saber*) baliza a peculiaridade de nossa *práxis*. A produção de recursos simbólicos é não deixar de tentar operar com o Dispositivo Analítico, mesmo em circunstâncias tidas por inóspitas. Se não existem recursos materiais, uma cadeira e uma sala “adequada” para o atendimento, os corredores, os quartos e uma sala (mesmo que utilizada para outros fins) nos servem.

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

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

Segundo Torezan e Costa-Rosa<sup>7</sup>, “em geral, as situações no hospital constituem uma práxis atípica, na qual o sujeito se depara com o inesperado e o analista com demandas pouco definidas ou mesmo inexistentes”. A transferência é um conceito que utilizamos e que se conecta bem com a ideia de demanda, nessa *práxis* adjetivada por atípica, na citação que elegemos. Sobre a demanda, como nos ensinou Lacan<sup>8</sup>, ela está nas origens da linguagem – é uma invocação feita pelo sujeito, instaurada na existência de uma presença representativa de uma ausência –, a demanda é demanda de amor, o amor ao saber.

A suposição de saber dos sujeitos na Instituição Hospitalar, via de regra, em um primeiro instante, é com o saber médico: eles não sabem da existência de um profissional para escutar as suas aflições. O sujeito vai ao Hospital para ser curado de sua “doença”, para ser medicado, receber um curativo em uma ferida no corpo, isto é, ele quer do saber médico um alívio. “Pode-se dizer que a transferência no contexto da Instituição Hospitalar seja, a princípio, um significante que aponta para a existência de um saber outro sobre o sofrimento do ser”<sup>9</sup>. A demanda de tratamento psíquico requer a palavra, ela terá que ser formulada, e, para isso, é preciso que o trabalhador, psicólogo advertido pela psicanálise, manobre essa transferência<sup>9</sup>. Entretanto, precisamos estar avisados de que nem todos os sujeitos vão falar, enunciando uma demanda; o que não nos deverá impedir de ofertar a escuta. Na UPA, os que se aventuraram a falar com o psicólogo, e não foram poucos, puderam endereçar um saber suposto naquele que os escutava. Curioso como o fato de que, para alguns, descobrirem que estavam falando com um psicólogo possibilitou que se mobilizassem da posição fixada na doença para uma posição subjetiva, de trazerem à tona outros significantes que os representavam.

Para Elias<sup>5</sup>, somente o desejo do sujeito de se implicar em seu discurso, permitindo que o inconsciente se manifeste como linguagem, garantirá a realização de um tratamento analítico no Hospital. Acresceríamos, reiterando, que, anterior ao surgimento do desejo do sujeito no processo analítico, há a necessidade de formular uma demanda que possa ser endereçada a um outro, representado na figura do psicólogo advertido pela psicanálise. Ressaltamos que esse processo não é tão simples, o psicólogo não pode se identificar com esse outro, como alguém que possui o saber do sintoma do sujeito e o enxertará nele; porém, deve convidá-lo a endereçar a suposição de saber que possibilite o reconhecimento de um para-além da queixa.

É importante para o sujeito se dar conta, na presença da “doença”, de que existem outros porquês ausentes de suas inquietações: tão notáveis quanto o é o sofrimento fisiológico do corpo. “Enquanto o sujeito puder falar, escutá-lo é testemunhar que o inconsciente insiste e a história do sujeito persiste para além do corpo biológico”<sup>5</sup>. Assim, a demanda de querer saber de si coincidirá com o desejo de se implicar no discurso.

E em que pese o lugar do tratamento psíquico na instituição hospitalar, Alberti<sup>10</sup> sinaliza que o Hospital não tem de ser pensado apenas como um lugar de impossibilidades. Apesar das exigências e peculiaridades que cria, tem de ser visto como um espaço necessário. Essa afirmação concorda com o que Freud sonhou no texto: *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* [(1919 [1918])], vislumbrando uma psicanálise em outros espaços, nas Instituições Públicas: “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa”<sup>6</sup>.



Um detalhe não menos importante do trabalho de escuta no Hospital é a convivência com o Discurso Médico. Segundo Clavreul<sup>11</sup>, o Discurso Médico é uma das variações do Discurso do Mestre, atuando no diagnóstico e prognóstico a partir do Discurso da Universidade, ele “tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada”<sup>12</sup>. Frente ao Discurso Médico, importa-nos lembrar que os sujeitos não são apenas objetos passíveis de intervenção clínica, ou mesmo corpos hospedeiros da doença, “mas sujeitos – com toda divisão que este termo comporta em psicanálise”<sup>10</sup>.

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

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

De acordo com Carvalho e Couto<sup>13</sup>, em uma Instituição Hospitalar, o psicanalista, em nosso caso, o psicólogo advertido pela psicanálise, precisa se posicionar diante das situações que exigem o apontamento de uma solução. “E isso não é apenas em relação às situações que envolvem pacientes e familiares, mas também diante de outros profissionais da instituição”<sup>13</sup>. Os psicanalistas tratam a escuta no contexto Hospitalar em torno de uma tríade, sujeito do sofrimento-família (acompanhantes)-equipe. Longe do *lôcus* histórico, de onde nasceu a *práxis* que lida com os fenômenos do inconsciente, cumpre analisarmos criticamente os limites e alcances da Clínica, indispensáveis para o exercício da prática de escuta na Instituição Hospitalar<sup>14</sup>.

A especificidade da *práxis* psicanalítica na UPA, e por extensão a outros Estabelecimentos hospitalares, nos direciona a uma primeira conclusão: devemos considerar as singularidades dos espaços em que estamos nos inserindo. Precisamos delimitar os limites de nossa atuação como trabalhadores, psicólogos<sup>5, 15</sup>, devemos incluir, aí, a relevância que há em considerarmos os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) no diálogo com outros campos de saber, dentre os saberes das especialidades na equipe e entre os Estabelecimentos de Saúde no Território.

Lidamos com situações críticas, são elas que, na Clínica localizada na Urgência, terão materialização em um corpo desterritorializado abruptamente. “No hospital, como disse anteriormente, o corpo dói, a angústia, advinda do encontro com o inesperado da doença, faz o sujeito tentar achar uma saída”<sup>16</sup>. Falamos daquele que acaba de chegar ao Estabelecimento após sofrer um Acidente. O *dizer* está silenciado pela invasão avassaladora de uma “pancada”: uma queda de moto, uma briga de rua, uma tentativa frustrada de suicídio, uma filha lamentando o adoecimento de sua mãe. Apontamos o silenciamento do *dizer*, mas, a rigor, o que há é uma expressão *mal-dita* de sua dor, quando ainda não há um significante capaz de dar um basta ao gozo excessivo.

A intrusão do gozo, fulgurante, é o achatamento do sujeito, esmagado por sentir o corpo se destruindo em pedaços. Muitos se calam resignados, aguardando a morte, impossibilitados de agir na presença de suas desgraças, limitando-se ao uso das medicações e às faixas dos seus curativos. “Adoecer é um momento de crise, de perdas, onde se esbarra com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana”<sup>16</sup>. Todavia, o sujeito não estaria somente achatado, ele está momentaneamente abolido.

Os sujeitos caídos se manifestam de variadas formas, como objetos da intervenção médica. A maneira como se deparam com os impossíveis<sup>17</sup> – de se aguentar a iminência da finitude, de retornar a um estado de completo bem-estar – configura a *demanda* no sofrimento. Os pedidos de eliminação dos incômodos físicos, de um exame que dê conta de atestar o diagnóstico, numa dimensão de alienação ao sintoma, é o sujeito construindo suas fantasias para contornar o caráter cessível da realidade. Isso aparece mais acentuadamente quando não há uma causa empírica constatável em exames clínicos, necessários para a designação de uma doença.

Na impossibilidade de o saber médico reparar a sua dor, o “doente” se vê às voltas de uma encruzilhada. Talvez, nessa situação, a fala não esteja articulada ao *dizer*; de outro modo, poderia ser expressa. Contudo, “você não acham que, com o significante, tocamos em algo a propósito do qual poderíamos falar em emergência?”<sup>8</sup>. Dialogando com Lacan, respondemos que sim, a captação de um significante-mestre não somente barraria esse gozo atroz e não localizado no corpo, como proporcionaria um sentido capaz de se abrir para outros sentidos. A Emergência de sujeito é este trabalho subjetivo que inclui o “começar” a falar, *dizer*, livremente. Sem a possibilidade de se enunciar pela voz, a angústia e a desesperança tomam espaço; dificilmente há uma abertura para cifragem de gozo pelo significante. Noutras palavras, dificilmente o sujeito poderia perceber uma enunciação também além do seu enunciado.

Na perspectiva de trabalho que propomos, a partir da *Clínica da Urgência*, objetivando a Emergência de sujeito, Urgência e Emergência estão em continuidade moebiana: entrecruzam-se, têm o seu ponto de partida no sujeito do inconsciente. Isto é, escutaremos os sujeitos acolhendo a dor física que punge o seu corpo, porém, entenderemos na queixa a existência de um sofrimento psíquico, a chance, para aquele que sofre, de experimentar os efeitos de sua própria fala.

### **A inspiração na Atenção Psicossocial: proposições de um psicólogo psicossocial**

De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui<sup>1</sup>, o conceito “Psicossocial” é originário das críticas mais sérias que são realizadas a um tipo de Psiquiatria de cunho organicista, propondo, dessa maneira, um novo paradigma de prática de Saúde Mental. Esse termo caracteriza movimentos ao redor do mundo de tensionamento e de reforma à Psiquiatria, conferindo à “loucura” um lugar que compreende aspectos psíquicos e sociais entrelaçados. Cito aqui alguns desses movimentos: Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria. Todos esses movimentos contribuíram, portanto, para uma nova forma de tratar o sofrimento mental com as suas práticas de atenção em sentido amplo. E no que se refere ao Brasil, durante a década de 1980, o conceito designa dispositivos de atendimento em Saúde Mental: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse caminho, beneficiamo-nos do conceito, importando-o para o campo de atuação da Psicologia nos hospitais, na mesma linha ética: escutando os sujeitos e não a doença, questionando antes as práticas de medicalização e encarceramento da “loucura” e procurando criar espaços que viabilizem o exercício da voz e do protagonismo humano.

E, salientando a discussão a respeito do quanto a/o psicóloga/o pode se inspirar nos princípios e práticas da Atenção Psicossocial, delineamos, com algumas reflexões preliminares, as suas intervenções psicossociais, sustentando-as de início com uma pergunta: O que seria uma Psicóloga Psicossocial no contexto do hospital?

Reforçamos a premissa de que é um trabalhador transdisciplinar, um profissional que não se limita às suas funções originárias da formação que o credenciou a atuar, é alguém com ousadia o suficiente para pretender, para além das suas incumbências oficiais, uma transformação da realidade social na qual se encontra. Nesse sentido, preocupar-nos-íamos não somente com os sujeitos que atendemos em consulta psicológica, mas, igualmente, com as equipes que partilham conosco do mesmo chão de trabalho. Notemos que, quando menciono “equipes”, estou lembrando vias de fato de todas as pessoas que se encontram no hospital e com as quais conseguimos conviver: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, especialidades médicas diversas, assistentes sociais, trabalhadores da limpeza, de higiene, farmácia, cozinha, costura, agentes controladores de fluxo (os conhecidos seguranças), colegas da recepção e outros.

A ação do Psicólogo Psicossocial Hospitalar caminha nessa direção, conforme costumamos dizer, em que possamos falar com companheiros que atuam no hospital, ocupando espaços em deslocamento. Nesses termos, nessas variadas linhas de frente de trabalho propostas, emprestamos o nosso corpo e a nossa subjetividade (força de trabalho), sem pagarmos por excesso de narcisismo e de sofrimento, como suporte das diversas transferências que a nós podem ser endereçadas. Isso ocorre no instante em que abrimos a porta para trabalhos que também pretendam transformar as instituições em lugares em que as pessoas, todas elas como um todo, possam “falar-fazendo-se-escutando”. Lembramos que os sujeitos que atendemos não precisam ser tomados como objetos, pessoas incapazes de falarem por si próprias ou “incapacitadas”, e os trabalhadores com quem estamos no cotidiano não precisam ser nosso objeto de ódio ou nossos rivais: importa-nos mais a convivência do que a concorrência<sup>18,19</sup>.

## Conclusão

Colocadas as livres-teorizações sobre o que compõe a posição psicossocial no hospital, advertida pela psicanálise, em forma de notas, enumeramos as ofertas psicossociais as quais acreditamos serem possíveis de operar em nossa escuta psicológica cotidiana: Projeto Terapêutico Singular (PTS); Acompanhante Terapêutico; Oficinas terapêuticas; Rodas de conversas; Apoio institucional; Prática “entre vários”. Reforçamos que todos esses dispositivos, originariamente, são ferramentas metodológicas para tratar as crises psíquicas na Saúde Mental. Lembramos que a materialidade dessas ferramentas possui menos o seu lugar de operar com elas, única e exclusivamente, do que se beneficiar delas como uma dentre múltiplas formas de colocar em cena uma prática psicossocial de atendimento.

A/O psicóloga/o psicossocial hospitalar, advertida pela psicanálise, vale-se, então, desse horizonte, o qual visa a desbloquear os discursos que estão bloqueados (de quem, pacientes, equipe) e que padecem pela ausência do dizer, por isso, aproveitamos toda e qualquer brecha na instituição para ofertar essa nossa disposição de escuta que tem como mote: a instrumentalização de outras posições psicossociais. Nesses termos, acrescentamos que, junto à transformação das relações sociais institucionais (as quais são permeadas por vaidades, rivalidades e narcisismos), há, no nosso escopo de ação em saúde, a viabilização de que nossos colegas de equipe possam se instrumentalizar igualmente pela variedade de terapêuticas relacionadas à postura psicossocial no hospital. Sabemos que sozinhos dificilmente chegaremos a algum lugar.

## Referências

1. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, coordenador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial; 2003. p.13-44.

2. Costa MF. A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências e Letras de Assis da Unesp; 2016.
3. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Unesp; 2013.
4. Machado MDV, Chatelard DS. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora* [internet]. 2013 [acesso em 18 out 2018];16(1):135-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v16n1/v16n1a09.pdf>.
5. Elias VA. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Rev. SBPH* [internet]. 2008 [acesso em 18 out 2018]; 11(1): 87-100. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582008000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007).
6. Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918]); p. 171-184.
7. Torezan ZC, Costa-Rosa A. Escuta analítica no hospital geral: implicações com o desejo do analista. *Psicologia ciência e profissão* [internet]. 2003 [acesso em 30 out 2018]; 23(2): 84-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n2/v23n2a12.pdf>.
8. Lacan J. O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar; 1999.
9. Carvalho SB. O hospital geral: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico. Como Opera o Psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
10. Alberti S. O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Rev. SBPH* [internet]. 2008 [acesso em 18 out 2018];11(1):143-60. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582008000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011).
11. Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.
12. Moretto MLT. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
13. Carvalho SB, Couto LFS. A presença do psicanalista no hospital geral: sua escuta e suas intervenções. In: Batista G, Moura MD, Carvalho SB, coordenadores. *Psicanálise e hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wark, 2011. p. 133-42. v. 5
14. Palma CMS, Jardim LL, Oliveira IM. Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. *Ágora* [internet]. 2011 [acesso em 18 out 2018];14(1):113-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982011000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982011000100008&script=sci_arttext).
15. Moura MD. *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 3-16. (Psicanálise e urgência subjetiva)
16. Moura GCM. Urgência subjetiva e tempo – O que é isto? In: Moura MD, coordenador. *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 17-22.
17. Freud S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 305-10.
18. Benelli SJ, Périco W, Costa-Rosa A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. *Revista de Psicologia da UNESP* [internet]. 2017 [acesso em 18 out 2018];16(1):01-17. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br>.
19. Costa-Rosa A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da UNESP* [internet]. 2019;1:37-54. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>.