



# SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

## A ESCUTA AO SUJEITO QUE ATUA: POSSIBILIDADES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA EM UMA EMERGÊNCIA DE HOSPITAL GERAL FRENTE A AUTOAGRESSÃO E SUICÍDIO

Gustavo da Silva Machado<sup>1</sup>; Lucienne Martins Borges<sup>2</sup>

Trabalhar em uma Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Geral é lidar com o imprevisível, às vezes o inominável e o inaudível. Os discursos, as pessoas e os modos de vida são singulares e se encontram em um mesmo lugar pela natureza do sofrimento: aquilo que extrapola o controle e eclode num momento agudo da crise, seja por agente etiológico biológico ou psíquico. Tal situação é compreendida como uma experiência da condição humana, inerente à vida, geradora de sofrimento e que produz determinadas rupturas entre o mundo interno e o externo, o dentro e o fora, provocando um descompasso entre o que é vivido pela pessoa e o que se espera dela naquela cultura e/ou momento social (Dalmolin, 2011).

A partir disto, é possível pensar que, ao longo do processo de trabalho da equipe atuante em uma Unidade de Urgência e Emergência, variadas formas de manifestações desta crise buscam encontrar no amparo profissional a solução quase que imediata ao sofrimento. Questões passíveis de controle com aparatos farmacológicos e/ou intervencionistas junto ao corpo recebem atenção por conta do aspecto tangível e pertencente à matriz cognoscente da formação em saúde na sua perspectiva biomédica exclusiva: problema, encontrar origem/causa do problema, medicar, liberar. Contudo, a dimensão sofrimento pode não responder a esta lógica linear.

---

<sup>1</sup> Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e professor no departamento de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí (Univali). E-mail: machadosgustavo@gmail.com

<sup>2</sup> Professora da École de Travail Social et de Criminologie da Université Laval e do Programa de Pós- Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: lucienne.[martins-borges@tsc.ulaval.ca](mailto:lucienne.martins-borges@tsc.ulaval.ca)



## **SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE**

Dentro do contexto hospitalar, e em específico da unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Geral, os profissionais da saúde podem encontrar dificuldades ao lidar com estas questões tidas como “emocionais”, não havendo em certos momentos espaço para a saúde mental (Botega, 1993). Até mesmo Freud, em 1909, em uma de suas conferências, aponta para a dificuldade, que beira o desconforto, da equipe de saúde (na época restrita ao profissional médico) em lidar com o sofrimento psíquico agudizado. Segundo ele, por não compreender este acontecimento, os profissionais sentem-se “leigos”, “posição nada agradável a quem tenha em alta estima o próprio saber”. Assim, as pessoas que buscam o Hospital Geral para amenização do sofrimento psíquico podem ficar alheias à simpatia dos profissionais e classificadas como transgressoras às leis da ciência e como punição, são acusadas de simulação e exagero (Freud, 1996 [1909])

Este sofrimento, o qual extrapola as barreiras do explicável anátomo-fisiologicamente, assim como o que é palpável e passível de diagnóstico em um exame de imagem, também precisa de devida atenção e cuidado. Isso porque o sofrimento psíquico, quando em grau elevado, pode culminar em uma tentativa de suicídio ou autoagressão, uma das demandas de grande recorrência nos atendimentos do Serviço de Psicologia da Urgência e Emergência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e, por isso, tema base deste trabalho.

O suicídio e a tentativa de suicídio surgem frente a situações de desesperança completa ou de desespero profundo, uma alternativa sem registro simbólico prévio que seja capaz de assegurar a eficácia, mas genuinamente atrativa e, por isso, recorrente, uma vez simbolicamente a morte representa o fim. Contudo, sobre qual fim falamos? Este desejo de finitude se refere diretamente à vida ou às condições que produzem e mantêm o sofrimento? O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto social como já relatado pela Organização Mundial da Saúde desde 2003 por ser um ato humano complexo,



## **SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE**

universal e representativo de um grande problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, o coeficiente médio de mortalidade por suicídio, calculado a partir da recorrência entre cem mil habitantes, no período 2004-2010 foi de 5,7% (7,3% no sexo masculino e 1,9% no feminino) (Marín-Leon et al., 2012). Aliás, ao pensarmos no suicídio na perspectiva da psicanálise, deparamo-nos com o fato que falar exclusivamente sobre ele como ato opera na lógica do sintoma, quando, na verdade o que precisa ser visto nesta construção, talvez, seja justamente o esquema de fortalecimento e construção de sintoma na contemporaneidade: o que tira da possibilidade de elaboração psíquica a palavra e leva o sujeito ao ato? Quais são as políticas de silenciamento em curso?

Entendemos a relevância da reflexão acima e apostamos em produções futuras para dialogar com teorias outras que possam dar pistas sobre este questionamento, no entanto, neste breve trabalho focaremos na prática Ambulatorial de Psicoterapia de Crise em um Hospital Geral. Considerando a relevância do tema, o Serviço de Psicologia tem aprimorado seu atendimento nesta temática buscando um trabalho efetivo e que gere reflexos tanto na prevenção de novas tentativas de suicídio quanto no acompanhamento de saúde mental a pessoas que passaram por situação semelhante. Desde 2010, o referido serviço desenvolve ações vinculadas à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com intuito de qualificação profissional e especialização do cuidado oferecido. Assim, historicamente, desenvolveu-se um protocolo de atendimento (Macchiaverni, Martins-Borges & Oliveira, 2013), um fluxograma de encaminhamento (Macchiaverni, 2013), um ambulatório para atendimento posterior à acolhida na emergência (Machado, 2016), além de trabalhos de reflexão sobre o atendimento prestado em nível longitudinal (Ferreira, 2014), sobre o atendimento específico a mulheres que tentaram suicídio (Paiva, 2014) e na atenção à familiares de pessoas que tentaram suicídio (Dantas, 2018).



## **SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE**

Especificamente sobre a prática ambulatorial, as pessoas que são acolhidas na emergência e avaliadas quanto ao risco de nova tentativa são encaminhadas para serviços de acompanhamento em outros níveis de complexidade. Indo numa escala que vai do verde ao vermelho, tal qual a classificação de risco adotada no Serviço de Emergência, as pessoas em situações mais graves e com discursos autoagressivos evidentes são levados a serviço de média ou alta complexidade de imediato, no ato da saída do hospital (Centro de Atenção Psicossocial, ala psiquiátrica de hospital geral ou hospital psiquiátrico). Aquelas com baixo risco para tentativa de suicídio carecem de acompanhamento longitudinal a ser oferecido pela Unidade Básica de Saúde, Clínicas de Psicologia com preços sociais (em sua maioria abaixo do cobrado na tabela do CFP e oferecidas por Instituições Formadoras em nível de Pós-Graduação) ou Serviço Ambulatorial Hospitalar.

Assim, pessoas que possuem pensamento de morte ou ideação suicida sem planejamento concreto, mas que possuem rede de apoio para acolhida posterior à saída do hospital são encaminhadas ao Ambulatório de Psicologia. Este, por sua vez, acontece em um espaço físico previamente delimitado, com frequência semanal e duração de mais ou menos doze semanas (a depender do processo terapêutico), na perspectiva da Psicoterapia de crise. São excluídos desta prática ambulatorial pessoas que já possuem vínculo psicoterapêutico em outra instituição e/ou não possuem condições de frequentar semanalmente o espaço.

Este dispositivo garante no cuidado exercido pelo serviço de psicologia da unidade de Emergência do Hospital Universitário o que Botega e colaboradores (2011) chamarão de psicoterapia de crise. Ou seja, atenção especializada no momento da crise para melhor encadear o cuidado posterior junto ao usuário e elaborar questões imediatas do sofrimento psíquico desencadeador do gesto autoagressivo. Neste espaço, considerando a escuta e a potência dos vínculos de cuidado nas situações de crise, busca-se simbolizar o sofrimento e encontrar significados possíveis para além da morte.

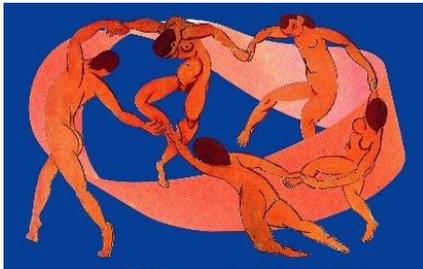


## **SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE**

O ambulatório, portanto, mostra-se como um elo entre o atendimento emergencial e a posição possível de receber cuidado a médio ou longo prazo. Como afirmam Macedo e Werlang, em 2007, o funcionamento psíquico que dá base à tentativa de suicídio, fala, justamente da ausência de recursos. Na Psicoterapia de Crise (Botega, 2015) oferece-se espaço protegido que legitima o sofrimento como algo possível na história do sujeito e nomeia a crise como espaço potente para a apropriação de recursos.

Além disso, busca-se neste espaço de escuta atender para os discursos sobre si e a possibilidade deles se reconectarem com a coerência e a identificação com a própria história. A crise, inicialmente vista como a ruptura com a realidade esperada/imaginada, pode promover, nesta perspectiva, o encontro com a possibilidade de cuidado e outras elaborações possíveis para o sofrimento. Considerar isso é também levar em conta que por se tratar de um trabalho transitório e temporário na história de vida deste sujeito, ele deve ser cauteloso e atento à diminuição dos sentimentos de desamparo e solidão que um encaminhamento pode promover. Adotamos inicialmente nesta prática ambulatorial a transição pessoalizada do cuidado, situação em que a pessoa é acompanhada ao outro dispositivo de cuidado para um atendimento compartilhado de “transição de vínculo”.

O indicativo maior de que este é o início de um trabalho que precisa ser continuado a partir da prática da psicoterapia de crise são os resultados positivos dos encaminhamentos. Isto leva a crer na importância da criação deste elo ativo entre o sujeito em sofrimento psíquico grave que adentra as portas do hospital geral à rede territorializada de cuidado. Este fator, inclusive, levanta questionamentos sobre metodologias estanques de psicoterapia focal. O maior determinante da permanência ou não das pessoas no ambulatório precisa ser o risco envolvido para nova tentativa. Além disso, é preciso que só seja terminado o processo terapêutico quando os fatores de risco não forem potencializados com a troca de vinculação psicoterapêutica. Este processo é subjetivo e individual. Foi sendo compreendido, assim, que doze sessões é, na



## **SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE**

verdade, uma média suposta e ideal para elaboração de um trabalho efetivo, mas não necessariamente o limite.

Além dos arranjos de encaminhamento e duração dos atendimentos, passamos a trabalhar também em 2016 com o dispositivo clínico da coterapia. Esta modalidade é indicada para situações de violência extrema e tende a funcionar como potente esquema de acolhimento e cuidado, com base na vinculação e estruturação de transferência na imagem da díade terapêutica: a ponte entre o sujeito em sofrimento e a possibilidade de reconfiguração saudável do psiquismo. A relação intersubjetiva entre terapeuta e coterapeuta interpelados pelo inconsciente do usuário simboliza reestruturação de "fraturas relacionais". Esta ideia surge inspirada nas experiências de uma das autoras deste trabalho no SAPSIR<sup>®</sup> (Serviço de Atendimento Psicológico Especializado a Imigrantes e Refugiados) realizado no Canadá, Québec, na Universidade Laval. Assim, a díade de terapeutas aponta para a criação e manutenção de vínculos e gera, durante a sessão, reflexões entre os terapeutas, o que potencializa os atendimentos e configura novas temporalidades para o estabelecimento e estruturação de transferência.

Também nos competiu pensar sobre a localização deste serviço dentro da rede de cuidado e das possibilidades de um serviço público de atendimento ambulatorial tendo como referencial teórico a psicanálise. Inspirados e elucidados pela obra de Figueiredo (1996), entendemos que a psicanálise se faz possível em espaços para além do setting tradicional e, especialmente em contextos de saúde coletiva, surge quase que como uma escuta da reparação de certas desigualdades promovidas por esquemas sociais de exclusão. A psicanálise está para os que sofrem, não apenas para aqueles que podem pagar, o investimento também emerge por outras vias. Neste viés clínico-político, surgiu a ideia de transformar o ambulatório em um projeto de extensão para que tivesse, além dos residentes e estagiária do setor, estudantes de graduação extensionistas em seu corpo de terapeutas, podendo, desta forma,



## **SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE**

ampliar as atividades e as possibilidades de intervenção e formação de recursos humanos.

O desejo de cuidar e oferecer possibilidades outras de elaboração do sofrimento permeia a prática deste ambulatório, o qual, assim como aqueles que passam ao ato, também recebeu represália ao longo de sua implantação. Não raras foram as vezes em que ficamos sem sala para atendimento e, neste sentido, retomamos a reflexão: que espaço o sofrimento psíquico teria em um ambiente de manutenção do corpo? Especialmente quando trazemos para o debate contribuições da Psicologia Hospitalar brasileira que nos alerta para o hospital como este espaço de esquecimento da subjetividade e, nossa função, a lembrança do sujeito ante o sintoma (Moretto, 2001). Assim, era esperado que o lugar e o espaço oferecido para este ambulatório também fossem questionados, uma vez que ele é essencialmente sobre sujeitos, não necessariamente sobre sintomas.

Contudo, para além das questões concernentes à prática clínica de cuidado e encaminhamento para rede de atenção, pensamos também sobre o lugar duplo que a presença de um ambulatório ocupa ao existir em um contexto como o relatado. Frente às possibilidades de encaminhamento restritas e dificuldades profissionais de acolhimento em outros espaços, os encaminhamentos entregues no serviço de emergência cumpriam função muito mais protocolar do que, de fato, efetiva. O profissional que fazia ligações de retornos para acompanhamento comumente se deparava com a situação de pessoas que apresentam risco de suicídio ainda aguardavam por atendimentos em outros espaços. Este sentimento de desamparo é experienciado não só pela pessoa que busca ajuda, mas também pelo profissional que confia ao próximo elo desta cadeia de cuidado uma continuidade da escuta iniciada ali. Deparar-se com a ruptura de seu investimento no sujeito ali exposto em sua crise promove sentimentos que podem interferir na assistência direta no serviço de emergência.



# SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

O que se percebeu posteriormente à implantação do ambulatório foi a construção de sentimentos mais consolidados de confiança por parte da equipe de psicologia, uma vez que havia nova possibilidade de encaminhamento caso a rede de saúde estivesse indisponível no momento. Aqui, remetendo à Onocko-Campos (2013), situações como esta convocam os profissionais a apostar em atitudes inventivas que objetivam a garantia do cuidado de qualidade e integral que envolve não só a amenização do sofrimento do outro que busca ajuda, mas de toda cadeia e esquema de cuidado.

**Palavras-chave:** Passagem ao Ato; Psicanálise; Emergência; Psicologia.

## Referências

- Botega, N. J. (2010) Comportamento suicida em números. Revista debates psiquiatria hoje, ano 02, n. 1
- Botega, N. J. (2015) Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre, Artmed
- Botega, N. J., et al. (2009) Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade. São Paulo: Unicamp.
- Dalmolin, B. M. (2011) Esperança Equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ferreira, C. L. B. (2014) Trajetória do acompanhamento em saúde mental dos pacientes após o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio. Orientado por Letícia Macedo Gabarra. Florianópolis: UFSC, 2014, 250 p. Dissertação de Mestrado Profissional. Programa de Pós Graduação Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Freud, S. (1996) Além do princípio do Prazer, Psicologia de Grupos e outros trabalhos (1920-1922), Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1996) Psicopatologia da vida Cotidiana. Rio de Janeiro: Imago
- Macchiaverni, J. (2013) Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na emergência adulto do hospital universitário por tentativa de suicídio. Orientado por Lucienne Martins Borges, Lecila Duarte Barbosa.



## **SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE**

Florianópolis: UFSC, 2013, 141 p. Dissertação de Mestrado Profissional. Programa de Pós Graduação Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Macchiaverni, J.; Martins-Borges, L ; Oliveira, L. (2012) Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio. Orientado por Lucienne Martins Borges. Florianópolis: UFSC, 2012, 70 p. Trabalho de Conclusão de Curso (pós-graduação). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

Macchiaverni, J.; Martins-Borges, L ; Oliveira, L. (2013) . Instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio. *Barbarói (UNISC. Online)*, v. 39, p. 129-148, 2013.

Machado, S. G. (2016) Outro modo de tentar: significados atribuídos a um ambulatório de psicologia por pessoas que tentaram suicídio. Orientado por Lucienne Martins Borges. Florianópolis: UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso. Residência Multiprofissional em Saúde, Ênfase em Urgência e Emergência.

Marín-León, L., Oliveira, H. B., & Botega, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 32(5), 351–359.

Moretto, M.L.T. (2001) O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.

Onocko-Campos, R. (2013) *Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

Werlang, B. G; Botega, N. J. (2004) *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.