UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Do psicólogo no programa de residência multiprofissional em saúde: posição-
sujeito, análise de discurso e psicanálise lacaniana**

Daniela Rodrigues Goulart Gomes

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a obtenção do
título de Doutor em Ciências, Área:
Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2016

DANIELA RODRIGUES GOULART GOMES

**Do psicólogo no programa de residência multiprofissional em saúde: posição-
sujeito, análise de discurso e psicanálise lacaniana**

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Processos Culturais e de Subjetivação

Orientadora: Profa. Dra. Leda Verdiani Tfouni

RIBEIRÃO PRETO, SP

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Gomes, Daniela Rodrigues Goulart

Do psicólogo no programa de residência multiprofissional em saúde: posição-sujeito, análise de discurso e psicanálise lacaniana. Ribeirão Preto, 2016.

188 p.: il. ; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Tfouni, Leda Verdiani.

1. Residência Multiprofissional. 2. Análise de Discurso. 3. Psicanálise. 4. Sujeito. 5. Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Gomes, Daniela Rodrigues Goulart

Título: Do psicólogo no programa de residência multiprofissional em saúde: posição-sujeito, análise de discurso e psicanálise lacaniana.

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Para Sergio e João Eduardo, imprescindíveis
paradoxos de aconchego e falta; labuta e
descanso; parada e busca – causas de desejo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Gerência de Psicologia e Psicopedagogia da Saúde (GEPPS) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU), primeiramente por permitir liberações e compensações à época inicial do Doutorado; época que demandou ausência das atividades profissionais para viagens semanais à Ribeirão Preto. Em seguida, por consentir e por participar deste trabalho de pesquisa.

De modo análogo, à Coordenação do Curso de Graduação de Psicologia e ao Colegiado de Residência Multiprofissional do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pela possibilidade de compensação de aulas e de atividades administrativas frente à docência, no período final do Doutorado.

Aos psicólogos-residentes e psicólogos-preceptores participantes da pesquisa, em especial pela disponibilidade, pela coragem e pela credibilidade concedida a esta investigação.

A todos os colegas do Grupo de Pesquisa AD-Interfaces, em Ribeirão Preto, que me acolheram com curiosidade e respeito; que me auxiliaram nas tarefas burocráticas e nas concepções teóricas mais complexas; que, mesmo ausentes fisicamente se fizeram presentes na minha constituição de pesquisadora e que, para, além disto, se coadunaram em torno da convicção de que somos mesmo um discurso para além do óbvio.

Ao professor José Francisco Miguel Henriques Bairrão, pelas intensas e desafiadoras discussões e descobertas sobre o inconsciente lacaniano nas aulas do Doutorado.

À secretária da Pós Graduação da FFCLRP-USP, Jacqueline, pelas orientações e pela paciência com a minha distância geográfica.

Aos meus irmãos (Michelle, Amanda e Gabriel) e aos familiares e amigos, pelo incentivo.

Sobremaneira, agradeço aos meus pais, Valéria e Rossane, pela caminhada inseparável nas aflições e nas conquistas. E pelo investimento de amor, que me impulsiona à vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Acima de tudo, meu agradecimento especial à orientadora deste trabalho, professora doutora Leda Verdiani Tfouni.

Agradeço-a pela sua acolhida generosa; pela confiança nas minhas escolhas e nos meus escritos; pela sua firmeza metodológica; pela sua disponibilidade pessoal e pelo amor que move seus ensinamentos.

Além de orientadora, se tornou, para mim, exemplo de sujeito que se autoriza a ser quem é.

Anastácia, cidade enganosa, tem um poder, que às vezes se diz maligno e outras vezes benigno: se você trabalha oito horas por dia como minerador de ágatas, ônix, crisóprasos, a fadiga que dá forma aos seus desejos toma dos desejos a sua forma, e você acha que está se divertindo em Anastácia quando não passa de seu escravo.

(Calvino, 1990, p. 10-11)

RESUMO

Gomes, Daniela Rodrigues Goulart. **Do psicólogo no programa de residência multiprofissional em saúde: posição-sujeito, análise de discurso e psicanálise lacaniana**. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de ensino de pós graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço. Emerge no contexto brasileiro como uma proposta complementar a fim de se atingir as metas e os princípios preconizados pelo sistema único de saúde (SUS), principalmente quanto à integralidade. Além de trazer implicações e lançar desafios ao exercício profissional do psicólogo, inserindo-o no entrelaçamento de campos densos e complexos (saúde, educação e políticas públicas), a modalidade propõe que profissionais com formações diferentes atuem num mesmo campo, com discussões e intervenções conjuntas. A questão que move a pesquisa é a *posição-sujeito* no programa de residência multiprofissional face ao modelo de educação-saúde vinculado. Assevera-se que a posição-sujeito é objeto discursivo deslizante (de tessitura simbólica) que toma em consideração o sujeito constituído no claudicar da linguagem e interpelado pelo inconsciente e que se manifesta como efeito de significantes em direção ao grande Outro. Para tal, vale-se da interface dos aportes teóricos da análise de discurso pêchetiana e da psicanálise lacaniana. A análise de discurso sustenta o discurso como efeito de sentidos mediados pela ideologia e ocupa-se, especialmente, da incursão da alteridade do discurso-outro sobre o mesmo. A psicanálise lacaniana, por sua vez, reitera a primazia do inconsciente estruturado como linguagem diante de um eu imaginário e versa para o sujeito marcado como falta que, dividido, faz do discurso o estatuto do significado. Assim, é proeminente na análise do objeto a metodologia indiciária dada ao caráter simbólico e cambiante da posição-sujeito no discurso. A análise se realizou mediante o dispositivo da interpretação como gesto analítico, que acompanha as elações próprias do objeto. O *corpora* é constituído por uma materialidade escrita e por uma oral. A escrita compõe-se de recortes de leis, portarias e resoluções que fundam a modalidade de residência multiprofissional e reforçam os ideais do sistema único de saúde; a materialidade oral compõe-se de recortes e fragmentos discursivos advindos da transcrição de supervisões realizadas mediante a prática clínica do psicólogo-residente na cena hospitalar. Da análise, conclui-se que a materialidade escrita se posta como campo-Outro que ordena a estrutura política da residência multiprofissional e direciona a manutenção da ordem e reprodução das relações hierárquicas mediante ideologia assujeitante. Essa materialidade, por sua vez, age como intradiscursos e reverbera-se na memória discursiva e na prática clínica. A posição-sujeito, no plano da articulação significativa, faz deslizar e produzir sentidos que denotam ora a manutenção e reprodução de uma posição fusionada ao discurso médico, científico-positivista; ora a posição-sujeito é marcada pelo saber condicionado ao fetiche da mercadoria, deflagrando a ordem do capital nas insígnias da multiprofissionalidade e da educação permanente. O trabalho propiciou, enfim, acompanhar as transmutações da posição-sujeito, independentemente do indivíduo ou da naturalização de sentidos provenientes da função que exerce. O objeto posição-sujeito reiterou a construção da realidade a partir da condição faltante. É essa condição faltante e incompleta que outorga ao desejo o modo de o sujeito se posicionar desta e outra maneira – na formação, no trabalho, na vida.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Análise de Discurso. Psicanálise Lacaniana.

ABSTRACT

Gomes, Daniela Rodrigues Goulart. **Psychologist in multidisciplinary residency program in health: position-subject, discourse analysis and Lacanian psychoanalysis**. Thesis (Ph.D. in Psychology) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The multidisciplinary residency in health is a postgraduate modality of education, focused on the education service. It emerges in the Brazilian context as a complementary proposal in order to achieve the goals and the principles recommended by the Unified Health System (SUS), particularly as to the integrality. In addition to bringing implications and challenges for the psychology in professional practice, inserting it into the entanglement of dense and complex fields (health, education and public policy), the modality proposes that professionals with different backgrounds act in the same field, with joint discussions and interventions. The question that drives the research is the *subject-position* in multidisciplinary residency program in terms of the combined health-education model. It asserts that the subject-position is the sliding discursive object (symbolic texture) that takes into account the subject constituted in hobble of the language and questioned by the unconscious, and that manifests as significant effect towards of the great Other. For this, appraise the interface of the theoretical contributions of the Pecheutian discourse analysis and Lacanian psychoanalysis. The discourse analysis sustain the discourse as effect of senses mediated by ideology, and occupies, especially, of the incursion of otherness of the discourse-other about the same. The Lacanian psychoanalysis, in turn, confirms the primacy of the unconscious structured as a language face an imaginary self and seek for the subject marked as missing, that divided, makes of the discourse the statute of the meaning. Thus, it is prominent in the analysis of the object the circumstantial methodology given the symbolic and hobbling character of the *position-subject* in the discourse. The analysis was performed by the interpretation as an analytical gesture, accompanying the proper elations of the object. The *corpora* consists of a both written and oral materiality. The written consists of clippings of laws, ordinances and resolutions that found a modality of multiprofessional residency and reinforce the ideals of the unified health system; the oral materiality comprise of clippings and discursive fragments coming from the transcription of the supervision performed by the clinical practice of psychologist resident in the hospital scene. From the analysis, it is concluded that the written materiality stands as field-Other that ordains the political structure of multiprofessional residency and directs the maintenance of the order and reproduction of the hierarchical relations by the ideology. This materiality, in turn, acts as intradiscourse and reverberates in the discursive memory and in the clinical practice. The position-subject, in the plan of the significant articulation, slides and produce meanings that denote either the maintenance and reproduction of a position merged to the medical discourse, scientific-positivist; nevertheless the subject-position is marked by knowledge conditioned to the commodity fetish, triggering the order of the capital in the insignia of multiprofessionality and continuing education. The work led, finally, follow the transmutations of the position-subject, regardless of the individual or the naturalization of the senses from the function it holds. The object position-subject reiterated the construction of reality from the missing condition. It's that missing and incomplete condition that grants to desire the way that the subject will position in this and other way - in training, at work, in life.

Key-words: Multidisciplinary Residency. Discourse Analysis. Lacanian psychoanalysis.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAD69	Análise Automática do Discurso, ano de 1969
AD	Análise do Discurso
AD2	Análise do Discurso dois (segunda época)
AD3	Análise do Discurso três (terceira época)
AIE	Aparelhos Ideológicos de Estado
Art	Artigo
BA	Bahia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Coordenação de Residência Multiprofissional
FD	Formação Discursiva
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
HCUFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USP	Universidade de São Paulo
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. APONTAMENTOS INICIAIS: SUJEITO DIVIDIDO E SABERES DE RUPTURAS	24
2.1 Foucault, Althusser e Lacan	31
3. ANÁLISE DE DISCURSO, PSICANÁLISE LACANIANA E SUAS INSCRIÇÕES NA REALIDADE	38
3.1 Sobre o discurso não absolutizado na Psicanálise e suas articulações significantes	38
3.2 Sobre a relevância do Significante Mestre, suas degenerescências e as interlocuções com a AD	43
3.3 A forma-sujeito e os processos metafórico-metonímicos: condições para a entrada na análise das materialidades	49
4. LEIS, SAÚDE E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA MATERIALIDADE ESCRITA	54
4.1 Das materialidades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: a composição de uma cenografia discursiva	55
4.2 Adesão, estruturação e regulação: produtos e condições de produção	57
4.3 Ampliação e consolidação do conceito de saúde e efeitos de sentidos	67
4.4 A saúde e a doença como objetos discursivos	75
5. NARRAÇÃO, PRÁTICA CLÍNICA E SUPERVISÃO: DISCURSO E ANÁLISE DA MATERIALIDADE ORAL	84
5.1 O lugar da palavra no discurso	85
5.2 Discurso médico e posição-sujeito-psicólogo-residente na prática clínica	96
5.3 Super-visão e construção da identidade-identificação profissional	112
5.4 Multiprofissionalidade e discurso capitalista	123
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
ANEXOS	150
ANEXO I – Ofício de Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética	

APÊNDICES	151
APÊNDICE A – Termo de declaração de instituição co-participante	152
APÊNDICE B – Termo de consentimento em co-participação	153
APÊNDICE C – Termo de consentimento PSICÓLOGO-RESIDENTE	153
APÊNDICE D – Termo de consentimento PRECEPTOR	154
APÊNDICE E – Transcrição da materialidade oral (Supervisão 1)	155
APÊNDICE F – Transcrição da materialidade oral (Supervisão 2)	170
APÊNDICE G – Transcrição da materialidade oral (Supervisão 3)	182

PRÓLOGO

Desafios, montanhas e planícies

Eu sou um viajante e um trepador de montanhas – disse de si e para si - não me agradam as planícies, parece que não posso estar muito tempo sossegado. Ou seja, por que o queira o meu destino ou eventualidade que me espera... Passou o tempo em que me poderiam sobreviver acasos e que poderia suceder-me que já não me pertença? (Nietzsche, 2005).

A questão que move a pesquisa é a posição-sujeito ocupada pelo psicólogo-residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e na prática clínica frente ao indivíduo hospitalizado.

De que lugar fala essa posição-sujeito?

A investigação acena para o discurso e para as especificidades deste sujeito claudicante – atravessado e constituído tanto pela linguagem como pelo inconsciente.

Formulada a pergunta, outros questionamentos, desde então, se produziram.

Qual interface possível que dialoga linguagem com inconsciente? Inconsciente com ideologia? Discurso com condições de produção e discurso com posição-sujeito?

A análise de discurso pêchetiana e a psicanálise lacaniana são aportes teórico-metodológicos – cada qual à sua leitura – que acompanham e endossam tal investigação no veio de sua interface aforística. Aforismo na AD que diz: *há causa daquilo que falha* e em Lacan que enuncia: *há causa daquilo que manca*.

Esse foi o caminho. Um caminho distante da positividade científica, oposto à objetivação de perguntas e apartado da generalização de respostas.

O trabalho vereda por sinais e traços delineados por uma metodologia indiciária¹ e por um caminhar que se processa nas fendas, no rastro de equívocos e no contorno de montanhas – sempre vislumbrando novas assunções.

¹ Referente ao método indiciário em Ginzburg (1991).

Este trabalho é, sobretudo, um olhar sobre as montanhas. Abarca a paisagem e o olho de quem olha.

Um olhar que acompanha o percurso da pesquisa e do pesquisador porque, por essa perspectiva discursiva, é a dupla imersão de sujeito e(m) cadeia significante que compõe o lugar do qual se fala e o lugar da experiência, de modo que ambos (pesquisa e pesquisador) se interpenetram, se (re)interpretam.

Por isso o lugar do qual eu falo, além de gozo (que a própria lacanidade desnuda: gozo fálico – eu *falo*) é também a interpretação que diz de mim.

Escrever não é fácil. E, para mim, é sobretudo difícil falar fácil.

Penso muito. Escrevo condensado.

Mas novos caminhos são desafiadores – e o viajante chega a desejá-los!

Foi assim neste processo de Doutorado: caminho de falta, de desejo, de desafio.

A Tese aguça as interfaces entre Análise de Discurso e Psicanálise Lacaniana rumo a um saber para além da obviedade; saberes que apontam para um sujeito cindido e investigações que rompem o lugar-comum, a naturalização, a transparência do fazer psicológico em um campo como a saúde, entremeado pela Educação.

Meu percurso também é não óbvio. Talvez por isso venha ao encontro das posições teórico-metodológicas empenhadas. Tanto a AD como a psicanálise lacaniana residiam como questões à espera.

A decisão entre ficar no lugar-comum e arriscar me possuía. Do enigma, nascia um sujeito.

Comecei o Doutorado residindo na cidade de Uberlândia (MG), mobilizada por muitos questionamentos da prática clínica hospitalar na posição de preceptora da Residência Multiprofissional no Pronto-Socorro do Hospital de Clínicas.

Movida pela angústia que tem objeto, abandonei as planícies.

Frequentei o grupo de pesquisa² e aulas teóricas em Ribeirão Preto (com viagens semanais). Cursei disciplinas também na USP (da cidade de São Paulo) e, no segundo ano do Doutorado, fui aprovada em concurso público para docente na UFBA (Universidade Federal da Bahia). Novamente, outras montanhas.

Hoje resido em Vitória da Conquista (BA).

² Grupo AD-Interfaces, sob a coordenação da Professora Leda Verdiani Tfouni.

Não me agradam as planícies – seja porque queria meu destino – ou pelas eventualidades da tarefa de re-existir ao caos. Ciente de que sempre uma viagem há de ser para mim uma ascensão, faço do filósofo-poeta minhas palavras – na falta delas.

Que desafio: fazer palavras ... fazer palavras-falta, na falta delas...e delas - fazer tese.

Falta sempre há de existir. A Psicanálise, nesse sentido, tem-se mostrado fiel na ética do desejo – de modo que é esta falta que mantém o movimento da vida pela via do desejo.

Breve alívio.

Ponto de (re)começo.

Toda a investigação acompanhou estes abalos e embalos, produzindo e constituindo derivas e pontos-de-apoio.

Entendemos que a posição do pesquisador é parte do caminho trilhado – querendo ou não. Por isso estas considerações tão pessoais: é dessa posição de viajante, de posição em movimento que o objeto é tomado em consideração. Por isso o prólogo – a causa – o prefácio.

Resta tomar, por ora, a pesquisa do discurso como efeito e o sujeito como posição.

O texto avança, a partir da Introdução, vinculado principalmente às produções de Michel Pêcheux e de Jacques Lacan e deixa na opacidade o percurso do pesquisador (como marca presente na ausência). As tentativas são de apreensão da posição e de seus traços particulares – esse campo fantasiástico, de construção subjetiva partilhada pelos sujeitos (tocados pelo real³, pelo perdido). Apreensão pela palavra em suspenso – pelo discurso, que é o operador das tentativas de comunicação da experiência da não experiência, da falta e do ser faltante.

É pela palavra que esse indivíduo, na *posição-sujeito-psicólogo-residente* enuncia e se insere em cadeias significantes capazes de sustentá-lo momentaneamente (porque as cadeias estão a todo instante formando-se, deformando-se e desconstruindo-se) face à ausência de significados que o real lhe apresenta.

A partir do olhar para a falta, pela constituição de significantes que só se ancoram no tempo, na geografia, na linguagem, na ressonância e em relação a outros significantes é que foi possível a promoção de outros olhares – que resultam em novas concepções e filiações da posição-sujeito à multiprofissionalidade como encargo imaginário.

³ Como o que, paradoxalmente, aquilo que se repete, que escapa, que é resíduo e que é impossível. Sobre o desenvolvimento das concepções ao longo dos ensinamentos lacanianos do Estatuto do Real, consultar a Tese de Doutorado: *O Estatuto do Real em Lacan: dos primeiros escritos ao seminário VII, a ética da psicanálise*, em Chaves (2006).

1. INTRODUÇÃO

É que a atenção, ausente por vezes na superfície da vida, está presente, tanto quanto possível, na profundidade da sua linguagem, de que ela é, radiante, a igualdade desigual. (Blanchot, 2007)

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é implementado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no ano de 2010 e os profissionais (psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e enfermeiros) são inseridos nesta proposta como preceptores. Daí advém minha inserção inicial – como psicóloga-preceptora de possíveis psicólogos-residentes; essas funções, por sua vez, produziram alguns estranhamentos e, destes estranhamentos, questionamentos que engendraram essa pesquisa.

O preceptor, de modo sintético, é o profissional que trabalha no serviço de saúde e que recebe e supervisiona o residente⁴ nas atividades pertinentes a cada área de atuação.

A implantação dessa modalidade de formação – a Residência Multiprofissional em Saúde – traz algumas denominações ainda sem significados à prática psicológica, como a própria função de preceptoria, atada à prática médica.

Nota-se a seguinte descrição sobre o preceptor em texto disponibilizado aos programas de residência pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) do Brasil: “Na história da educação médica, podemos sempre notar a figura de um profissional experiente, que auxilia na formação profissional”. (Botti & Rego, 2008, p. 364).

Primeiro, uma deslocamento se fez na minha posição diante da expressão “educação médica”. O que era ser psicólogo-preceptor? Com qual olhar ver essa função em um campo médico?

O estranhamento caminha para a assertiva de que alguns campos apresentam-se intrinsecamente entrelaçados. Senão na definição, no funcionamento ideológico.

Estes delineamentos transformam-se em questões, tais como: seria a psicologia um campo ‘auxiliar’, na formação profissional, no campo da saúde e da medicina?

⁴ O residente, por sua vez, é um profissional graduado aprovado no Programa de Residência, cuja graduação depende da oferta dos Programas, contanto que esta graduação seja de cursos considerados como formadores de profissões de saúde. (Para o conhecimento das profissões, consultar a Resolução n. 287, de 2008 do Conselho Nacional de Saúde).

De que modo um psicólogo-preceptor poderia ter “o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias”, sendo sua principal função “ensinar a clinicar por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas” (Botti & Rego, 2008, p. 365)?

Esse papel, no texto de Botti e Rego (2008) é sobremaneira naturalizado. Quais sentidos depreendem dessa literalidade?

Embora essas prerrogativas não estejam no texto referendado especificamente direcionadas ao psicólogo, ao ser inserido na mescla de multiprofissionalidade, o bojo das funções exercidas pelo preceptor indica um endereçamento de função que contempla ensinar a clinicar mediante alcance de objetivo, de meta, de instrução formal. Bem como delineia um modo de aprender.

Este modo de especialização explicita ainda relações assimétricas de hierarquia, com empoderamento contundente, quando afirma que “a palavra preceptor vem do latim *praecipio* mandar ao império aos que lhe são inferiores”, sendo tal terminologia utilizada por Botti e Rego (2008) como sendo, os preceptores, “mestres das ordens militares” (p. 365).

Para além deste lugar imaginário embebido pela ideologia médica (e militar) ao qual estava sendo colocado o preceptor, minha escuta, que há muito operava como causa de desejo, deparou-se com um psicólogo-residente atado pelo ordenamento racionalista, tentando apresentar-se altamente operacionalizado e perdido na proposta de multiprofissionalidade – e, decerto, com dificuldades face à supervisão cujo modelo não era o de instruções, não era o de aperfeiçoamento nem tampouco o de treino de habilidades para auxiliar o ‘paciente’ a passar pelo sofrimento causado pela hospitalização. Sobretudo, uma supervisão cujos parâmetros não postulavam suprimir a dúvida.

Este foi outro estranhamento produtor de impasses.

Segundo Tfouni e Carreira (2007), “de um sujeito submetido à lei divina, desembocamos em um sujeito submetido à lei dos homens, o que apenas muda a forma de sujeição ou a forma-sujeito” (p.156).

Formam-se soldados, médicos, psicólogos? Qual é essa fôrma-forma que emoldura a residência multiprofissional? Que enunciações são construídas como efeito de produção de sentidos? Esse preceptor também seria emoldurado por uma interpelação ideológica ao se identificar a esta formação discursiva de “mestre das ordens militares”? Todo este contexto resvala na escuta clínica do psicólogo-residente?

Por fim, estávamos diante da consideração de sujeitos diferentes. O sujeito racional, cognoscível e naturalizado opunha-se ao sujeito ambíguo, incerto, dividido da psicanálise.

Da minha parte, sabia para onde olhar – esses eram meus olhos: para a posição-sujeito. E isto foi incorporado à pesquisa como o cerne da investigação.

De que posição o psicólogo-residente versa sua prática? Porque se assim o faz, está implicado em um discurso, qual seja?

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de ensino de pós graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço.

É promulgada como Lei (11.129) em 30 de Junho de 2005, com a perspectiva de constituir-se como “um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde e efetiva-se no início do ano de 2010”, após a implantação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e o Programa Nacional de Concessão de Bolsas (instituídos por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009).

Além de trazer implicações e lançar desafios ao exercício profissional do psicólogo-residente inserindo-o no campo da saúde, propõe que equipes de profissionais com formações diferentes atuem num mesmo campo, com discussões conjuntas e essa atuação também aumenta momentaneamente o quadro de profissionais que atuam nas instituições de saúde, promovendo rearranjos institucionais.

Sobretudo, a Residência Multiprofissional emerge no contexto de saúde como uma proposta complementar a fim de se atingir as metas preconizadas pelo sistema único de saúde (SUS), principalmente no que diz respeito à integralidade.

Aparecem, nesse contexto, implicações de um até então novo modelo de saúde – que lança desafios aos profissionais, às profissões e, conseqüentemente às intervenções.

Esse novo modelo de saúde é proposto e idealizado no Brasil desde o Projeto da Reforma Sanitarista – base da construção do SUS.

É proeminente neste modelo a garantia da melhoria da atenção à saúde e a confecção-manutenção de outros processos que também compõem o conceito ampliado de saúde. À saber, os outros princípios doutrinadores são: a universalidade, e equidade, a hierarquização dos serviços, a pactuação regional, a descentralização.

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política de saúde do Estado brasileiro e que objetiva conjugar ações direcionadas à materialização da saúde tanto como

direito como a acesso. Nesse sentido, a integralidade visa congregar, como efeito de transparência, natural, a organização de práticas bem como a organização da assistência ao indivíduo e às coletividades uma concepção mais humanista do cuidado.

Mas, ora, se é isso que se pretende, é porque não se está o alcançando – o que é incorporado por Calvino (1990) ao dizer que “cada cidade recebe a forma do deserto a que se opõe” (p.14).

A descrição desse campo de ação-acontecimento da prática do residente é importante aqui porque, imersos nessa conjuntura de campos e discursos historicamente adversos e complexos como são o político, o educacional e o campo da saúde, campos postos-opostos, campos construídos e em constantes desconstruções, a singularidade profissional é diluída em prol do indivíduo “educado pelo trabalho”.

Este é o campo Outro, também significante, que espera, idealiza, engloba e constitui as Residências e os profissionais; este campo espera que eles – os profissionais – sejam educados para serem ‘multi’.

Pressupondo que, como ressalta Guirado (1995), “a enunciação não é uma cena ilusória, onde seriam ditos conteúdos elaborados em outro lugar, mas um dispositivo constitutivo da construção do sentido e dos sujeitos que aí se reconhecem” (p.29), estes campos também se fazem analisáveis.

O psicólogo no Programa de Residência Multiprofissional e o preceptor a serem considerados nessa tese não se referem, pois, às individualidades. E decerto que tais questionamentos poderão ser respondidos apenas como subsídios para formulação de outros.

Tomar-se-á o psicólogo como posição; posição a partir das formações discursivas e processos constitutivos se confrontam com o real lacaniano e a construção desse lugar-posição que lhe é, ao mesmo tempo, sugerido/imposto/acatado.

A Psicanálise e a Análise de Discurso pêchetiana desconfiam dos sentidos cristalizados ao postularem a não transparência da língua e da consciência, posto que consideram a constituição da linguagem e do inconsciente na equivocidade .

O sujeito não é causa de si, mas efeito de (cadeia) significante. Discurso e real apresentam um terreno de ruptura, com processos peculiares, que só se deixam entrever na brecha, no desconforto, no apagamento, na colisão de sentidos, de modo que “só há causa daquilo que falha” (Pêcheux, 1997, p. 293).

O objeto a ser tomado em consideração é a constituição do sujeito no discurso, de que modo as práticas sobre determinam posições de sujeito – tanto do psicólogo-residente como a do supervisor-preceptor.

Logo, o objeto não se apreende; ele é fugaz e opera segundo um sistema de modulações, oscilando entre circularidades (via da repetição) e deslizamentos (via da ruptura); tensiona dizeres e silenciamentos, paráfrases (formulações mais sedimentadas, estabilizadas de sentido) e polissemias, cujo sistema “joga com o equívoco”⁵ em movimento de ruptura de processos de significação; de tal sorte que o objeto é simbólico e produz sentidos (Orlandi, 2013).

Essa é a lente que olha para esses processos dos campos do humano, da saúde, da educação, da clínica: a lente da desconstrução, do discurso e do real.

O axioma lacaniano do inconsciente estruturado como a linguagem deixa-se entrever por intermédio da falha. Como cadeia de significantes, que se persistem e se repetem, ficam sendo pressionadas pelo real, “que não para de se escrever” (Lacan, 1975/1985a, p. 81).

Assim, a investigação é indiciária; pretende atentar-se para as teias e os nós que a tecem, como um tapete ginzburgiano⁶, realidade não experimentável, não universal e não generalizável, mas com espessura e densidade no apreço ao negligenciado, ao superficial e ao naturalizado.

O olhar para esse objeto – posição-sujeito – só é possível a partir de uma perspectiva discursiva e de um paradigma indiciário, visto que “trata-se de fato de disciplinas eminentemente qualitativas, que têm por objeto casos, situações, documentos individuais e, justamente por isso alcançam resultados que têm uma margem ineliminável de casualidade” (Ginzburg, 1991, p. 159).

É esse o percurso a ser trilhado.

Para tal, optou-se por iniciar apresentando a Análise de Discurso como saber teórico e metodológico imprescindível ao objeto que se serve de investigação: o discurso como operador de contradições e produtor de opacidade, discurso-outro, primado do outro pelo

⁵ (Orlandi, 2013, p. 36).

⁶ O saber indiciário tecido por Carlo Ginzburg (1991) diz respeito a uma cientificidade paradigmática construída na análise de rastros, pistas, sinais e emblemas dantes negligenciados do objeto de estudo. Produz-se, dessa epistemologia investigativa, um tipo de saber venatório, “caracterizado pela capacidade de a partir de dados aparentemente irrelevantes, descrever uma realidade complexa que não seria cientificamente experimentável” (Araújo, 2006, p. 9).

mesmo; discurso interpelado a todo momento pela ilusão de controle do dizer e pela ideologia que o sustenta.

A pesquisa atribui relevância à análise do que será concebido (a partir daqui) como *posição-sujeito* e investiga como se constrói a concepção de sujeito-origem de seu discurso, bem como pontua gestos de interpretação constituintes do sujeito como efeito.

A *posição-sujeito* corresponde à posição do sujeito no discurso.

E o discurso é analisado a priori à luz da análise de discurso francesa (conforme construções de Michel Pêcheux) e posteriormente, na análise da transcrição das supervisões, à luz do discurso lacaniano – na interface partilhada a ambos de que sujeito é o que claudica, que falha no e ao dizer, constituindo-se na e pela brecha, nas interfaces da linguagem e do inconsciente.

O CAPÍTULO 2 traça conjecturas sobre saberes de rupturas que emergem na construção do objeto (*posição-sujeito*). Esses saberes são balizados pela AD e suas interfaces, em especial, pela noção de formação discursiva (em Michel Foucault), pela noção de ideologia e aparelhos ideológicos de Estado (em Louis Althusser) e pela noção do sujeito do inconsciente estruturado como linguagem (desenvolvido por Jacques Lacan).

O CAPÍTULO 3 é uma interlocução teórica entre psicanálise lacaniana e análise de discurso sobre a realidade da Residência Multiprofissional em Saúde como campo de formação profissional. São desenvolvidos conceitos psicanalíticos sobre a designação de realidade a partir da experiência não-dada e não natural, sobre o discurso como estatuto do enunciado, sobre os processos metafóricos e metonímicos de enunciação e, ademais, sobre a forma-sujeito articulada às formações ideológicas e às produções do inconsciente, tangenciadas pelo real lacaniano.

Os CAPÍTULOS 4 e 5 são marcados pela apresentação do *corpus*⁷ e análise das materialidades.

No CAPÍTULO 4 é realizada a apresentação e análise do Programa de Residência Multiprofissional em seus enlaces com a concepção ampliada de saúde (vigente desde os princípios da Reforma Sanitarista) e com os mecanismos de ampliação, estruturação e regulação como condições de produção da *posição-sujeito* no discurso. Neste capítulo são analisadas Leis, Portarias e Resoluções (materialidade escrita) que compõem os Programas de

⁷ Conjunto de textos e registros considerados pelo pesquisador para análise. O *corpus* pode ser composto, por sua vez, tanto por textos escritos como por registros orais e também por conteúdos imagéticos – todos denominados materialidades na perspectiva da análise de discurso e em pesquisas linguístico-discursivas.

Residência Multiprofissional no Brasil dialogando com as inscrições dos já-ditos e interditos (interdiscurso e intradiscurso) sob a lógica do capital.

A análise foi realizada mediante os dispositivos próprios da AD: a escuta discursiva e os gestos de interpretação imersos na própria enunciação, nas reiteradas tentativas de os mesmos discursos tentarem se explicar, deixando rastros enunciativos do seu processo de constituição (pelo efeito de sentido produzido).

O CAPÍTULO 5 trata da materialidade oral, ou seja, trata da análise e interpretação de recortes (como fragmentos discursivos que se postam como efeitos de sentidos e de posições significantes) das transcrições das supervisões realizadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Para isso, iniciou-se com a consideração da palavra e da narrativa na constituição do discurso e do sujeito no discurso segundo a psicanálise lacaniana. Posteriormente, foi realizada a análise da supervisão e suas especificidades neste contexto na construção da identidade (como identificação segundo a psicanálise) e, por fim, foi realizada a análise da concepção da multiprofissionalidade e do discurso capitalista como emergentes e ressonantes nas supervisões.

As supervisões foram gravadas na cena hospitalar⁸ e com consentimento dos psicólogos-residentes e dos psicólogos-preceptores⁹. A metodologia foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética da FFCLRP-USP¹⁰ e da UFU (como centro co-participante¹¹). As análises foram realizadas a partir da narração, da prática clínica, da posição-sujeito.

Cabe ainda apontar que a Análise de Discurso e a Psicanálise lacaniana não destoam no que concerne ao sujeito constituído pelo equívoco e na plataforma da linguagem, mas que possuem articulações epistemológicas diferentes para operar suas análises. No entanto, ocupam-se de objetos em constantes processos de construção-desconstrução. E é isto que possibilita a interface de uma à outra sem, portanto, fusioná-las ou desassociá-las. É o que veremos adiante e no transcorrer dos gestos de interpretação.

⁸ As transcrições de todas as supervisões se encontram acessíveis nos APÊNDICES E, F e G.

⁹ Termos de Consentimentos disponíveis, respectivamente nos APÊNDICES C e D.

¹⁰ ANEXO I.

¹¹ APÊNDICES A e B.

2. APONTAMENTOS INICIAIS: SUJEITO DIVIDIDO E SABERES DE RUPTURAS

Eu também imagino um modelo de cidade do qual extraio todas as outras – respondeu Marco. – É uma cidade feita só de exceções, impedimentos, contradições, incongruências, contra-sensos... em qualquer direção que eu vá sempre me encontrarei diante de uma cidade que, apesar de sempre por causa de exceções, existe (Calvino, 1990, p. 41).

O universo da Análise de Discurso (AD) será concebido nesse trabalho como movimento de saber e principalmente como movimento de inquietação frente a sentidos naturalizados da posição-sujeito no discurso.

Ocupa a seção de apontamentos iniciais dessa tese porque, junto à psicanálise lacaniana, opera como dispositivo relevante na consideração do objeto de reflexão aventado: a posição-sujeito-psicólogo na proposta Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde.

Esse objeto-posição está para além do indivíduo. É sujeito-cindido, posição intercambiante, sujeito-significante que desliza em cadeias e só têm representação perante outros significantes.

Sim. É uma cidade de exceções – se pudermos parafrasear Calvino – uma cidade de impedimentos e incongruências, que insiste em existir. É o sujeito no discurso.

Assim, saberes de rupturas se lançam a pensar rupturas.

Reitera-se que dar relevo às formas de sua constituição da AD visa, sobretudo, estabelecer pontos de referências cruciais no caminho de leitura do objeto de trabalho; visa designar saberes e escutas potentes (dada à consideração do escape e do equívoco) para acompanhar os deslizamentos dos objetos a partir de breve contextualização de sua constituição.

É a partir das formulações do interstício de saberes chamados aqui de saberes de rupturas (AD e psicanálise lacaniana) que as materialidades serão analisadas: mediante escutas de deslizamento e a partir da premissa na qual “não existe linguagem sem engano” (Calvino, 1990, p.30).

Lacan (2006) já dizia que a função do sujeito na linguagem é uma função dupla, de modo que o eu-*Je* que fala (sujeito do enunciado) não coincide com o sujeito da enunciação.

O sujeito pode até nem existir na construção da frase (do enunciado), mas está lá (para além do eu-ego) e faz movimentar signos em significantes na direção de sentidos. É esse sujeito da enunciação (que se articula no nível do Outro) que interessa a este trabalho.

É no seio dessa articulação de Lacan (2006, p.46): “de que o significante é o que representa o sujeito para outro significante” (e não para outro sujeito intencional) que a psicanálise evidencia a ruptura, na divisão do sujeito, ao passo que possibilita também – por esta via de ruptura – o advento de uma nova realidade.

Tal divisão é engendrada pelo Complexo de Castração que incide na falta e gera um resto – objeto *a*. O eu-*Je* (sujeito que fala) poderia, por assim dizer, até reivindicar sua excelência, mas sempre estaria ligado a essa outra estrutura *linguajeira*: a do sujeito do inconsciente, do sujeito cindido, que fala também por denegação, por ambiguidade, por contradição e por *non-sense*.

A noção de ser, desde que tentamos apreendê-la mostra-se tão inapreensível quanto à palavra. Porque o ser, o verbo mesmo, só existe no registro da palavra. A palavra introduz o oco do ser na textura do real (Lacan, 1975/1986, p. 261).

No seminário, Livro 1, que diz respeito aos escritos técnicos de Freud, Lacan ainda esclarece que a palavra se desdobra, por definição, em planos ambíguos até o instante em que ela – a palavra – não consegue mais se dizer, se fundar como palavra e funda o sujeito. “Mas este para além não é o que a Psicologia procura no sujeito” (Lacan, 1975/1986, p. 263).

É esse princípio que distancia a Psicanálise das Psicologias¹² e a evidencia como saber de ruptura. É saber de ruptura porque repousa na assunção ao significante a divisão do sujeito.

Por sua vez, a escola francesa da AD é um processo tanto teórico como metodológico que se diferencia das outras teorias da Linguística porque problematiza a concepção acerca não somente da língua, da linguagem e do discurso, mas do seu funcionamento no âmago de suas contradições, suas opacidades e dispersões, engendrando acontecimentos e efeitos de sentidos.

¹² Que possuem como objeto de estudo o eu – ou funções derivadas desse eu-ego.

Pêcheux (1997) recoloca a Semântica como dispositivo que opera a partir “de uma crítica à afirmação do óbvio”¹³ como lugar da contradição do discurso¹⁴ e, sobretudo, a reposiciona em um “lugar teórico em que as constituições sócio históricas de produção de um discurso são tomadas como constitutivas de suas significações” (Mussalim, 2004, p. 82).

Não obstante, no decorrer do processo de constituição da AD, Michel Pêcheux amplia conceitos e formulações¹⁵ provenientes de contribuições de pesquisadores e estudiosos tanto da Linguística como de outras áreas, tornando-a como terreno interdisciplinar, junto à Linguística (pela supremacia do simbólico e construção dos processos sintáticos), ao Materialismo Histórico (pelos pressupostos do Marxismo, com contribuições nos conceitos de formações sociais e ideologia/sujeição ideológica) e em consonância à Psicanálise lacaniana, frente a um sujeito de equívoco, que falha em dizer por que constituído pelo inconsciente e inscrito na linguagem.

Esse sujeito de equívoco, cindido dado que marcado pelo significante no campo do Outro lacaniano, é denominado sujeito do inconsciente. Os mecanismos do inconsciente fazem funcionar um jogo fundamentado cuja estrutura lógica mínima é resumida no seminário livro 16: *De um Outro ao outro* (Lacan, 1969/2008a) sob os termos de diferença e repetição: “O que a apreensão significante fixa como referência, está fadado, justamente por esta apreensão, a deslizar” (p. 192), emergindo a diferença. É, pois, da natureza do significante ser substituído por outros, produzindo efeitos de sentidos. Significantes, linguagem e inconsciente – pontos de conversação indispensáveis à AD pêchetiana e à Psicanálise.

Frente às essas contribuições, a AD produz constructos próprios rumo à interpretação como instrumento de versar sobre os modos de produção de sentidos.

Segundo Orlandi (2013), ao operar na confluência desses campos de conhecimento, a análise de discurso “irrompe em suas fronteiras e produz um novo recorte de disciplinas, constituindo um novo objeto que vai afetar essas formas de conhecimento em seu conjunto: este novo objeto é o discurso”. (p.20)

¹³ Expressão que reproduz o subtítulo da obra de Pêcheux (1997).

¹⁴ Na tentativa de se distanciar e se opor a tendências da Linguística na época, ao que denomina de Semântica gerativa de Chomsky (tendência formalista-logicista) e uma Linguística histórica (que se derivaria em geolinguística, etno-linguística, sociolinguística), citando Brunot, Meillet e ainda Cohen e Weinreich e Labov (Pêcheux, 1997).

¹⁵ Tais ampliações e reformulações acabam por demarcar historicamente três momentos teóricos da AD francesa (AAD69, AD2 e AD3). Ver em Pêcheux (1983) no artigo intitulado *Análise de discurso: três épocas*. As três épocas diferenciam-se no modo de tratamento-funcionamento do objeto de estudo da AD, qual seja o discurso e seu funcionamento.

O discurso para a AD é tomado como objeto ao qual, por seu intermédio, o homem dá sentidos ao viver, conferindo-lhe estatuto simbólico. Discurso como efeito de produção de sentidos que se materializam para desconstruírem-se novamente, num movimento que demanda interpretação *em espiral*, como Pêcheux (1983) mesmo afirma.

Considerando a língua nos seus aspectos histórico e social e, ainda, considerando-a sob os aspectos da sua materialidade, o discurso é (para a Análise de Discurso) efeito da produção de sentidos que circulam tanto em justaposição à língua, à própria linguagem e ao modo de viver/falar quanto em oposição à estagnação de sua produção. Isso ocorre porque o discurso mantém deslizamentos/restos de sentidos que são, pela AD, elementos de constante investigação e de questionamento.

A AD é um saber específico que trabalha nos interstícios de uma discursividade não transparente e não natural que interroga a análise correlata e o já-dado do homem cartesiano. Trabalha com a refutação da existência de uma metalinguagem, isto é, recusa a existência de um sistema geral, comum e absoluto para a explicação do sentido na língua e recusa a existência de um sujeito que enuncia seu dizer de modo intencional (Pêcheux 1983), sujeito-“origem” nomeado por Authier-Revuz (1998).

A refutação da existência de uma metalinguagem está associada, sobretudo, às modificações no conceito de sujeito, interpelado pelo real da língua, pelo real da história e pelo real do inconsciente e endossada, portanto, por uma epistemologia interdisciplinar sem, sobretudo, se fundir a qualquer uma destas.

O sujeito-objeto da psicanálise se apresenta (e assim o é considerado para a construção do sujeito da linguagem) opondo-se ao eu-consciência das formulações do filósofo-matemático René Descartes, em especial no que diz respeito à busca de um método “para bem conduzir a razão e buscar a verdade nas ciências” (Descartes, 2001, p.3).

Descartes (2001) propunha um modelo de ciência e de prática investigativa para abordar o homem e os problemas da época que acaba por disseminar um modelo matemático-geométrico para conduzir o pensamento humano.

Baseando-se na certeza obtida exclusivamente pela razão e endossadas pelas etapas de ordenação, divisão, classificação e comprovação linear das proposições, explícitas na máxima “Penso, logo existo”, ele postula o método da quantificação aplicado às problemáticas da física, da matemática, da medicina e também da alma humana.

Lacan (1973/1990) coloca que “Descartes não sabia, a não ser que fosse um sujeito de uma certeza e rejeição de todo saber anterior – mas nós, nós sabemos graças à Freud, que o sujeito do inconsciente se manifesta, que isso pensa antes de entrar na certeza” (p.40).

O inconsciente, estruturado como linguagem, deixa-se entrever por intermédio da falha nesta certeza. Em cadeias de significantes, as falhas persistem e se repetem, sendo pressionadas pelo real, “que não para de se escrever” (Lacan, 1975/1985a, p. 81).

É, pois, a partir da recusa desse modelo de homem cognitivo, homem da razão e do pensamento (linear e causal) – questionados por Lacan (1975/1985a) e “com o refinamento e, consequentemente, a postulação do primado da alteridade, que o sujeito do discurso passa a ser compreendido como um sujeito atravessado pelo inconsciente” (Martins, 2004, p. 06).

Persiste ainda aqui a necessidade de acentuar que esse sujeito atravessado pelo inconsciente – só concebido a partir das tópicas de Freud – se reafirma pela e na incompletude da língua em detrimento a um domínio pleno do dizer, mero mito idealista husserliano que visa reencontrar o “solo originário” dos atos dos sujeitos (Pêcheux, 1997, p.172).

Há, na distância entre a certeza e do desconhecimento em si, o cômputo de dois esquecimentos¹⁶, conceitos primordiais à AD.

O esquecimento número 1 é definido quando o sujeito tem a certeza/ilusão de que é produtor/dono de seu discurso, desconsiderando a existência total de qualquer interferência exterior na construção de sua formação discursiva. Caracteriza-se, essencialmente, pela inacessibilidade do sujeito a essa zona, sendo esse esquecimento constitutivo da subjetividade ao remeter-se ao recalque inconsciente.

A respeito do recalque e da inacessibilidade dada à natureza da ideologia e sua natureza inconsciente, observa-se que:

Desta maneira, pode-se adiantar que este recalque (tendo ao mesmo tempo como objeto o próprio processo discursivo e o interdiscurso ao qual ele se articula por relações de contradição, de submissão ou de usurpação) é de natureza *inconsciente*, no sentido em que a ideologia é constitutivamente inconsciente dela mesma (e não somente distraída, escapando incessantemente a si mesma...). [itálicos do autor] (Pêcheux, 1997, p177).

Já o esquecimento número 2 existe em relação ao esquecimento número 1, isto é, deslizando sentidos mediante o esquecimento número 1, o sujeito tenta controlar a dispersão;

¹⁶ O termo esquecimento, segundo o próprio Pêcheux (1997), em nada faz menção a uma propriedade que se perda em detrimento a algo que já se sabia, mas é “acobertamento da causa do sujeito no próprio interior de seu efeito” (p. 183).

o sujeito, frente aos deslizamentos, tenta se corrigir para explicitar-se a si mesmo, imaginando aprofundar e reiterar o que disse. (Pêcheux, 1997).

Dessa maneira, também para Lacan (1978/1985c), o eu se inscreve no imaginário e “que tudo que pertence ao eu se inscreve nas tensões imaginárias (p.407)”. É nesse campo de linguagem que o eu não é campo autônomo, livre de conflitos e transparente.

Torna-se sobremaneira importante reiterar que, embora ambos os esquecimentos se interpenetrem, ou decorram um do outro, a relação entre as zonas de esquecimento é de desigualdade, porque a zona de esquecimento número 2 institui processos de enunciação e se caracteriza por um funcionamento do tipo pré- consciente/consciente, ao passo que a zona de esquecimento número 1 impregna-se de inacessibilidade própria da natureza inconsciente da sua constitutividade.

É então, em razão desta interpelação sofrida pelo sujeito a respeito do esquecimento número 1, que Pêcheux (1997) converge suas interlocuções com o sujeito lacaniano, literalmente creditadas ao Outro (maiúsculo, em oposição ao sujeito da ilusão subjetiva).

Além disso, é preciso não perder de vista que o recalque que caracteriza o ‘esquecimento $n-1$ ’ regula, afinal de contas, a relação entre dito e não-dito no ‘esquecimento $n-2$ ’, onde se estrutura a sequência discursiva. Isto deve ser compreendido no sentido em que, para Lacan, ‘todo discurso é ocultação do inconsciente’. [itálicos do autor] (Pêcheux, 1997, p. 178).

Esses esquecimentos operam na tomada de decisão do sujeito, delineando a noção de ato de linguagem, de modo que “...a noção de ‘ato de linguagem’ traduz, de fato, o desconhecimento da determinação do sujeito no discurso. Tal acepção permite ainda dizer que, na verdade, a tomada de posição não é, de modo algum, concebível como um ‘ato- originário’ do sujeito falante” (Pêcheux, 1997, p.173).

A Análise de Discurso de filiação pêchetiana trabalha na linha de tensão entre a paráfrase e a polissemia, entre o que é dizível (o que é tentativa de estabilização de sentidos – posto pela paráfrase) e o que é ruptura, deslocamento, emergindo pela polissemia, sentidos novos.

A partir da consideração e da escuta dessas posições evanescentes (e não permanentes) e das tentativas de explicação dessas relações (gestos de interpretação) é que o analista de discurso construirá e conceberá seus dispositivos de análise: pela possibilidade de romper sentidos petrificados, produzindo outros efeitos de sentidos, numa dialética que trata de posicionamento ético e político, cuja metodologia deste saber “é uma questão de responsabilidade” (Pêcheux, 2002, p.57).

Há o desafio de trabalhar uma heterogeneidade teórica – que implique o processo de enunciação no bordeamento de campos como a psicanálise, a linguística e a análise de discurso sem que se perca a espessura e a consistência teórica de um campo próprio de conhecimento (Orlandi, 1988).

Destacam-se sobremaneira as contribuições de Jacqueline Authier-Revuz, que desenvolve operadores a partir das não coincidências do dizer, de um dizer que não é óbvio. (Authier-Revuz, 1998).

Esses modos de o dizer não coincidir consigo são denominadas por ela de modalizações autonímicas e apresentam-se precedentemente invocadas ou confrontadas na enunciação.

É o advento das “palavras porosas e embutidas, que se cindem, se transmudam... palavras caleidoscópicas” (Authier-Revuz, 1998, p. 26) que não falam por si, mas que emergem crucialmente pela via do Outro e na abertura do sujeito dividido da enunciação.

O sujeito da enunciação é não intencional, mas imerso em cadeias de significantes que advém na articulação da linguagem no âmbito da própria enunciação, instalando no seu âmbito o que Serrani (1993) recupera da obra pêchetiana como “o primado da alteridade” (p. 28).

Esse primado da alteridade questiona “a pertinência teórica e metodológica de construir empiricamente o *corpora* baseado em garantias sócio-históricas estabelecidas *a priori* e organizados a partir de tipologias discursivas” [itálicos do autor] (Serrani, p.28), ao mesmo tempo que produz formas linguístico-discursivas do discurso-outro.

Segundo Pêcheux (1983), esse *discurso-outro* é definido pelo discurso de um outro colocado em evidência pelo sujeito (ou pelo discurso desse sujeito aparecendo em cena como outro). Outra abordagem desenvolvida por Pêchex é que esse *discurso-outro* se mostra como interdiscursividade que desestabiliza nos pontos de deriva todo um autocontrole do “ego-eu”, fazendo escapar o discurso de seu controle estratégico (Pêcheux, 1983, p.317).

Esse discurso-outro, enquanto presença virtual na materialidade descritível da sequência, marca, do interior dessa materialidade, a insistência do outro como lei do espaço social e da memória histórica E é nisto que se justifica o termo de disciplina de interpretação... (Pêcheux, 2002, p.55).

Depreende-se disso que os pontos de referência da AD não se configuram nem como cristalizações teóricas nem as dúvidas e os questionamentos veiculam como problemáticas insolúveis. Postam-se como sinalizadores de intensificações próprias ao método e ao objeto,

de modo que algo sempre escapa, em perspectiva desconstrutiva que segue pela via do equívoco da língua, desassociando-se ao ideário de *ciência régia*, de parâmetros rigorosos e verdades estáticas, aos quais refuta Pêcheux (1983) na obra *Discurso: estrutura ou acontecimento*, ao reafirmar literalmente que:

O fantasma da ciência régia é justamente o que vem, em todos os níveis, negar esse equívoco, dando a ilusão que sempre se pode saber do que se fala, isto é, se me compreendem bem, negando o ato de interpretação no próprio momento em que ele aparece. (Pêcheux, 1983, p. 55)

Assim, o equívoco da língua é tomado em consideração na constituição da AD como disciplina de interpretação. Foi durante as décadas de 60 e 70 que essa desconstrução ocorreu e foi assinalada por pensadores e pensamentos também disruptivos.

2.1 Foucault, Althusser e Lacan

Desde os anos 60 e 70, o discurso foi muito problematizado por estudiosos de várias áreas, tais como filósofos, historiadores, psicanalistas, sociólogos, linguistas e educadores. Essas problematizações produziram análises psicológicas, filosóficas, sociais, políticas e econômicas enlaçadas ao discurso e suas forças constituintes.

No desenvolvimento das produções sobre o discurso da AD pêchetiana, destacamos especialmente referências a Michel Foucault, Louis Althusser e Jacques Lacan que, devido suas produções respectivamente sobre: o discurso (como formação discursiva), o Estado (como aparelho ideológico) e o sujeito (como posição), influenciaram na implosão da chamada análise automática do discurso (AAD¹⁷).

Em *A ordem do Discurso*, Foucault (2005) reflete sobre o modo de produção dos discursos e instaura a existência de sistemas de exclusão do discurso nas sociedades; sistemas

¹⁷ Primeira época da AD (1969-1975), caracterizada por tentativas de estabelecer correlação entre condições de produção e estruturas, com foco na descrição extrínseca do comportamento linguístico (derivado de teorias do comportamento de estímulo-resposta) e do esquema informacional marcado pela tríade emissor-mensagem-receptor (Furlanetto, 2003). O corpus também era fechado, pré-determinado e a análise baseava-se na sintaxe das relações lógicas processos discursivos justapostos, fruto do determinismo cientificista e de um modelo de conhecimento baseado em repetição, classificação, ordenação e classificação.

esses provenientes dos perigos da fala por esta revelar a des-ilusão do controle do discurso. O discurso é definido para Foucault como formação discursiva¹⁸ e como acontecimento.

O *acontecimento* discursivo trata de “cesuras que rompem o instante e dispersam o sujeito em uma pluralidade de posições e de funções possíveis. Tal descontinuidade golpeia e invalida as menores unidades tradicionalmente reconhecidas ou as mais facilmente contestadas: o instante e o sujeito” (Foucault, 2005, p.58).

A noção de Foucault de *formação discursiva* subsidia reformulações de Pêcheux na construção de posições metodológicas em uma segunda etapa da AD e embasa a relevância dada por Pêcheux à relação entre formação discursiva, formação social e formação ideológica, discorrendo sobre a hierarquização dos modos de produção, hierarquização de práticas discursivas e aparelhos ideológicos como posições de interpenetração na constituição de sentidos.

Ora, se há um propósito em desconfiar que inexista o domínio do dizer, do fazer e do ser, é apoiada nessas conexões que a AD caminha em direção à desconstrução do controle do discurso ao passo que o considera enlaçado em forças de poder que assujeitam o falante.

Inserido num jogo de relações que confluem para o entrelaçamento de discurso à tríade poder/prática discursiva/ideologia, abstrai-se que o sujeito não é tão livre como se pensa, tão racional e tão senhor do seu dizer.

A prática discursiva, segundo Haroche et al. (1971), está atada aos aparelhos ideológicos tanto no *seu modo de produção* quanto na sua *relação com as classes* que compõem a formação social. Essa relação com as classes que compõem a formação social é explicitada “por meio da hierarquia das práticas que esse modo de produção necessita” (Haroche, Henry & Pêcheux, 1971, p.102), estando ele (o modo de produção) aparelhado por posições políticas e ideológicas.

Repousa, nessa contextualização, o fato de que a ideologia interpela, a todo momento, o sujeito na sua enunciação, “até mesmo em textos oficiais” (Maestrelli, 2010, p.37).

Louis Althusser, embora não tratasse da Linguística, empenhou-se em avançar nas discussões clássicas marxistas no campo da prática política, ampliando o conceito de Estado e

¹⁸ No capítulo *Le concept de formation discursive*, Courtine (1981) pondera, (a partir de reflexões de Foucault, Pêcheux e Althusser) que as formações discursivas são realidades complexas, formadas de elementos susceptíveis, que formam outros elementos discursivos em relação às formações ideológicas e não constituem marcas fechadas; funcionam como fronteiras que se deslocam.

dos aparelhos operados por esse Estado, aparelhos ideológicos (AIE) destacando o poder da ideologia nas relações e nas práticas cotidianas – o que interessou sobremaneira Pêcheux sobre o estudo da língua e suas condições de produção.

Os Aparelhos Ideológicos de Estado em nada guardam separações pela via de seu estatuto: ser público ou privado, de tal modo que se verifica com clareza o funcionamento institucional de natureza ideológica em diferentes sistemas de escolas (tanto públicas quanto particulares), em instituições familiares, sindicais, jurídicas, da informação (englobando imprensa, rádio, televisão) e ainda em instituições de cunho político e cultural (Althusser, 1970, p. 44).

O termo ‘de Estado’ diz respeito estritamente ao seu funcionamento, seu modo de operar pela via: a da ideologia.

“Na ideologia, o que é representado não é o sistema das relações reais que governam a existência dos indivíduos, mas a relação imaginária desses indivíduos com as relações reais que vivem” (Althusser, 1970, p.87).

A ideologia, por sua vez, se concretiza e se materializa por *actos*, ou rituais e práticas sociais inscritas em uma ordem de sujeição não pelo poder da força, mas pelo poder ideológico, reforçando uma divisão que é intrínseca e se manifesta nos pormenores, nos detalhes e no imperceptível, quer seja nas individualidades, quer seja nas coletividades.

A função desses Aparelhos Ideológicos de Estado é a reprodução das relações de produção, assegurada pela estrutura jurídico-político e ideológica.

Para cumprir tal função, há o que chama de “sujeição ideológica”¹⁹ e é esta sujeição ideológica que embala a reprodução das habilidades – adequando, normatizando os sentidos e resultando na aceitação e reprodução das práticas nas relações sociais. Consequentemente, mascarando a realidade a favor da classe dominante, com sentido de naturalização e verdade.

Althusser (1970) traz contribuições essenciais no descentramento do homem moderno ao relatar que a ideologia se apresenta tanto de modo imaginário como também a partir de sua materialidade – imiscui-se.

Tal momento e contribuição reforça o movimento de ruptura com a ideia/ideal no qual o sujeito controla seu dizer e seus atos e é senhor da sua fala e de seus comportamentos.

¹⁹ Termo de Althusser (1970), citado e utilizado por Carnoy (1984), na análise da educação, do estado e da economia como superestruturas assujeitantes mediante relações específicas do modelo da hegemonia burguesa.

Esse momento teórico é delineado particularmente pela relação estabelecida por Pêcheux entre formação discursiva²⁰ (FD) e formação ideológica (FI), “onde a formação discursiva é definida em relação à formação ideológica” (Serrani, 1993, p. 25). Essa relativização tanto da estrutura do objeto de estudo com a relação das formações entre si e com o funcionamento da língua são, claramente, uma mudança de olhar para o objeto, que já não mais está posto, transparente, mas em relação a outras perspectivas e funcionamentos.

Para Pêcheux (1997), o sujeito ideológico é interpelado, constituído sob a evidência da constatação que veicula e mascara a norma identificadora (p.159)”, ou seja, essa interpelação com função assujeitante conduz o sujeito e faculta ao mesmo a ilusão de estar exercendo sua livre vontade. De modo análogo, as FDs exercem função semelhante ao determinarem o que pode e o que deve ser dito no seio dos AIE, materializando-se nas práticas.

A ruptura dessa alusão ao homem previsível coaduna histórica e temporalmente com investigações psicanalíticas de Lacan ao apresentar um sujeito não cartesiano, efeito de significantes que se produz face à ausência-marca que o real lhe apresenta.

Em 1966, no artigo *A subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano*, Lacan (1966/1998b) faz emergir um sujeito cindido (em oposição ao sujeito coeso da consciência, da certeza e da razão) e toma a passagem do ato à palavra como emblemático movimento de circulação de sentidos entre cadeias de significantes que fornecem sustentação momentânea ao sujeito do inconsciente.

Essas cadeias contêm, por sua vez, também infundáveis buracos e falhas – causa de desejo. Em uma afirmativa pontual e assertiva para distinguir esse sujeito cindido do indivíduo da razão de Descartes, Lacan (1978/1985c) assevera que “o sujeito está descentrado com relação ao indivíduo” (p.16).

Estamos, pois, frente a objetos constitutivamente diversos, que demandarão instrumentos metodológico-investigativos pertinentes à causa. Essa pontuação é muito relevante nesse momento de desenvolvimento-reposicionamento tanto da psicanálise como da análise de discurso, pois a psicanálise lacaniana parte desse construto: de que o Sujeito (assim nomeado para a psicanálise) é marcado pela falta e pela divisão e não tão-só eu-indivíduo

²⁰ A noção de formação discursiva é notadamente associada às construções de Michel Foucault (1969/1987a), no livro *Arqueologia do Saber*, que procura delimitar condições de surgimento e nomeação da formação discursiva associando-a mais a *um sistema de dispersão*.

(que se apresenta essencialmente imerso no bolo da função imaginária, transparente à consciência, à razão, ao pensar e agir por si próprio).

No Seminário 2, Lacan (1978/1985c) analisa *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* e reitera que o inconsciente retira do homem-eu-razão o posto de centro das atenções. Recupera Freud ao dizer que, assim como Copérnico suscitou que a Terra não seria o centro do universo, Freud paralelamente mostrou esse descentramento do eu em relação ao desconhecido em si (doravante denominado inconsciente).

As demonstrações freudianas dos efeitos do inconsciente agindo no indivíduo alheamente à vontade e ao controle – nos atos, nos sonhos, nos chistes e parapraxias – mostravam que o inconsciente “escapa totalmente a este círculo de certezas no qual o homem se reconhece como um eu” (Lacan, 1978/1985c, p. 15).

A seu tempo, verifica-se que a terceira época da AD (1980-1983), ao excusar-se a uma metalinguística universal, explode definitivamente tanto com dos procedimentos da AD por etapas (AAD69) como recusa o assujeitamento das formações discursivas apenas à ideologia (AD2).

Salienta-se, sobretudo, a forte marca da heterogeneidade enunciativa como constructo teórico, que rompe em definitivo com análise discursiva por sequências (como se supunha na análise linguística da AAD69), demandando uma “análise em espiral” (Pêcheux, 1983, p.318).

Decorrente do estudo da heterogeneidade discursiva e do primado do outro pelo mesmo, entende-se a AD como uma disciplina que pauta-se pelo “princípio de vincular sempre os dispositivos teóricos aos procedimentos de análise, é uma disciplina comprometida com a análise” (Mutti, n.d, p. 2).

No que tange aos procedimentos e os *pontos de interrogação* possíveis, ressaltamos sobre a relevância de se pensar a AD como “uma (nova) maneira de ‘ler’ as materialidades escritas e orais” (Pêcheux, 1983, p.317), relacionando a construção paradoxal do sujeito da enunciação e da assunção de uma *posição de sujeito*, interpelado constantemente por um discurso-outro e pela falha no controle do dizer, que faz entrecruzar, reunir e dissociar sequências orais, espaços de memórias e conjunções-dissociações.

Ainda sobre des-construções teóricas, soma-se a esse texto de Pêcheux (1983) outra publicação citada que vai reescrever o discurso como acontecimento, questionando os universos discursivos logicamente estabilizados e dando relevo ao sujeito como região de equívoco – sua ligação mais explícita com a psicanálise lacaniana.

Os procedimentos de análise – a escuta discursiva e a análise de gestos de interpretação – vão constituir a primazia do fazer do analista de discurso. Partindo do princípio de alteridade de que todo enunciado oferece pontos de deriva passíveis à interpretação por sua susceptibilidade a tornar-se outro (Pêcheux, 1997), a escuta ofertada passa a ser compreendida como aquela para além das evidências da enunciação, com vistas à essa imersão no/do discurso-outro. Essa alteridade intradiscursiva, “esse lugar do outro enunciado é o lugar da interpretação, manifestação do inconsciente e da ideologia na produção de sentidos e na constituição dos sujeitos” (Orlandi, 2013, p. 59).

Imersão, então, no campo do acontecimento (em detrimento à estrutura) e reconhecendo efeitos de identificação não negados, a Análise de Discurso não pretende dissociar o discurso às redes de memória e trajetos sociais, mas considera-os pela possibilidade de existência de relação destas com filiações teóricas na organização de memórias e de relações sociais organizando-se em redes de significantes.

As inquietações sobre o discurso produzido-produzindo e seus efeitos no sujeito da enunciação (longe da ilusão de contenção) habitam e fazem deslocar esse discurso-outro [discutido acima por Pêcheux (1983)] a partir das transcrições realizadas na fase de coleta de dados, ou melhor, na construção-desconstrução enunciativa do *corpora*.

Assim, torna-se difícil dissociar o gesto de interpretação do analista do discurso do processo de enunciação, bem como separar a teoria da análise daqui adiante.

Na medida em que os objetos discursivos vão sendo apresentados (tanto como materialidade escrita como materialidade oral, nas supervisões), estes objetos apregoam indagações, fomentando outras teorizações.

Essa oscilação questão-produção, análise-teoria é indissociável na Análise de Discurso, “de modo que o mesmo corpus possui várias entradas para ser analisado, pois o que o analista procura é a particularidade, e não a generalização” (Sabino, Tfouni, & Monte-Serrat, 2014, p.35).

Procurando, pelo recorte, essa particularidade discursiva, muitas questões surgem como campo de escuta e análise, tais como:

Que circularidades discursivo-ideológicas interpenetram os saberes Residência Multiprofissional e Psicologia? Saúde e Educação?

Quais efeitos de sentidos produzidos a partir das materialidades – textuais e orais, sinalizadas tanto pelos textos que instituem e regulamentam os programas de Residência como pelos recortes da prática psicológica nesse contexto?

Mais adiante, pensamos se essa posição-sujeito, considerado aqui como ilusão do eu-cartesiano, é interpelado pela sua opacidade? Pelo sujeito do inconsciente, lacaniano?

Esses questionamentos, a AD e a Psicanálise não aplacaram – mas fizeram desdobrar sentidos outros, que é o que se propõe realizar no capítulo seguinte.

Como se inscreve a Psicanálise na realidade dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde? O que considera discurso e como este se articula com a forma-sujeito da AD?

3. ANÁLISE DE DISCURSO, PSICANÁLISE LACANIANA E SUAS INSCRIÇÕES NA REALIDADE

Marco polo descreve uma ponte, pedra por pedra.

- Mas qual é a pedra que sustenta a ponte – pergunta Kublai Khan.

- A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra – responde Marco Polo -, mas pela curva do arco que elas formam.

Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo.

Depois acrescenta:

- Por que falar das pedras? Só o arco me interessa.

Polo responde:

- Sem pedras o arco não existe (Calvino, 1990, p.48).

3.1 Sobre discurso não-absolutizado na Psicanálise e suas articulações significantes

A escolha por iniciar as teorizações partindo da constituição dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil objetiva dar relevo ao lócus institucional como campo de ação-acontecimento que escora, tal qual a pedra de Calvino (1990), a inserção do psicólogo nesse contexto. É inserido nesse campo na literalidade, tal qual a pedra-língua que sustenta a ponte (da linguagem) e daí ao arco do discurso – que se pronuncia, fazendo-se semblante²¹.

Sobre o semblante, Lacan (1971/2009), no seminário, Livro 18, deixa bem claro já na introdução que é a partir da noção da torção da banda de Moebius (topologia lacaniana) que o discurso e suas eventuais variações deslizam nesta estrutura sem que seja preciso rompê-la, inscrevendo-se duplamente: no direito e no avesso – e pelo significante.

²¹ Semblante aqui, tratado não como simulacro, engano, mentira ao que poderia esconder a verdade, a unidade, a virtude, postulação fruto de uma ciência positiva que conjectura certezas. Entende-se aqui o semblante como atualização intrínseca à condição de discurso, de modo que o semblante lacaniano é indissociável da verdade do sujeito, que é da ordem do real, e que não é o próprio sujeito, mas e o é - onde não se pensa. Ver Lacan (1971/2009).

Os Programas de Residência Multiprofissional são uma realidade no contexto de formação e de serviço em saúde no Brasil. Como lidar com essa realidade? Como tomá-la como objeto construindo interlocuções psicanalíticas e discursivas?

É preciso fazer, então, também uma torção do que está sendo considerado realidade.

A realidade para a psicanálise é experiência não-dada, não objetiva, não-natural, embora naturalizada para transparecer límpida e posta (parecer transparente e já-dada).

Das relações da psicanálise com a realidade, Lacan (1967/2003b) já coloca que ela é construída a depender das tentativas de transformar o mundo, a depender dos processos de nomeação da falta, na tentativa de dar conta da dualidade perda-inscrição constituinte do real. Em tudo, sempre há o real-nada, que impele dizer algo: fala esta que está ligada à latência de um Outro.

Esse contexto de Residência Multiprofissional é tomado como campo-Outro, matriz de simbolização que é anterior aos sujeitos individuais; esse Outro que é mais que intersubjetivo, pois abarca inscrições do saber-outro, da cultura, da linguagem, dos sentidos, das relações com a realidade fabricada: realidade como nomeação construída para também dar-(se) conta de um estado de coisas (*Das Ding*).

É dessa forma que o mundo-realidade é construído pelas fabricações do desejo, pelo ato de nomeação. Segundo Lacan (1967/2003b), “é significativo que, em Freud, o desejo só se produza pelo nome de *Wunsch*. *Wunsch*, *wish*, é o anseio. Só existe anseio se enunciado. O desejo só se faz presente na demanda” [itálicos do autor] (p. 355).

Assim, a grande máquina de criar sentidos vem antes do sujeito, precede-o, vem do Grande Outro.

O Outro como lugar da linguagem, é o que precede o sujeito e é o que fala sobre ele antes mesmo de seu nascimento. A primeira causa do sujeito é o Outro. É nesse sentido que, para Lacan (1964/1998), o sujeito não é uma substância. Ele é o efeito do significante. Ele é representado por um significante. (Bastos, 2006, p.87)

Ora, ali onde há significante como representação de sujeito, “posto que o significante é o que representa um sujeito para outro significante, no qual o sujeito não está. Ali onde é representado, o sujeito está ausente. E justamente por isso que, ainda assim representado, ele se acha dividido.” (Lacan, 1971/2009, p. 10). Esse é o axioma que funda o significante como representação para outro e não para o sujeito, problema crucial para a psicanálise ao admitir a cisão desse sujeito pela ambiguidade do/no dizer: marcado pela falta.

Instalam-se, desde então, esses elementos lacaniano-discursivos porque é mediante o significante multiprofissionalidade que o sujeito faz-se discurso e identifica-se com ele, colabando-se e dividindo-se.

O discurso na psicanálise são posições de sujeito, perspectivas, qualidades de construções sobre a realidade que compõem o modo de se relacionar com a mesma, que também é uma construção.

É desse sujeito-posição – dividido e ascendido ao significante, que se faz no discurso, que trata esse trabalho. Não cabe aqui o “discurso do particular”, do psicólogo, do residente, de uma captura estática e completa dos sentidos. Nem tampouco o Programa de Residência Multiprofissional “em si”, porque não se admite o sentido “em si”: não há a consideração da “coisa-em-si”, mas como traço de inscrição, visto que os significantes deslizam na estrutura do sujeito do inconsciente.

O olhar e o discurso são, portanto, considerados a partir do discurso-dobradura realidade e real. O real é que vai reger a produção da realidade, realidade esta fabricada, marcada por traços no sujeito faltante, inscrito numa posição, num jogo de forças-relações.

O discurso é abordado por Lacan mais precisamente nos seminários Livro 17 (O avesso da psicanálise²²) e Livro 18 (De um discurso que não fosse semblante²³) e está para além da palavra. O discurso diz mais sobre estruturas, às quais, pela linguagem (por isso é impensável depreender-se dela), o significante estabelece determinados tipos de relações estáveis, delineados pela posição do Significante Mestre (S_1).

Para fixar o que vem a ser discurso, o discurso concebido como estatuto do enunciado, S_1 é aquele que deve ser visto como interveniente. Ele intervém numa bateria significativa [que seria denominado posteriormente S_2] que não temos direito algum, jamais, de considerar dispersa, de considerar que já não integra a rede do que se chama um saber” (Lacan, 1970/1992b, p.11).

Com efeito, há uma organização do Significante Mestre frente à bateria de significantes (S_2) produzidos e basta saber que, na cadeia simbólica onde se inscrevem, quais relações constantes estão manifestas. Eis que surge do sistema o sujeito barrado, que aparece dividido ($\$$) perante uma intervenção no instante de apresentação de S_1 no campo já constituinte de outros significantes, mutuamente inter-relacionados e o objeto (a), “alguma

²² Lacan (1970/1992b).

²³ Lacan (1971/2009).

coisa definida como uma perda. É isto que designa a letra que se lê como sendo o objeto *a*” [itálico do autor] (Lacan, 1971/2009, p.13).

Na formulação, obtém-se, num giro de quarto, o intercambiamento das estruturas componentes dos discursos, da posição de sujeito no discurso.

Não obstante, esse objeto *a* (como constância de falta) é extraído do texto freudiano, à luz da releitura de Lacan no *Avesso da Psicanálise*²⁴ como repetição/repetibilidade no ser falante; mas não repetição como ser biológico de memória.

Segundo Lacan (1970/1992b), “a repetição tem um certa relação com aquilo que, desse saber – é o limite e que se chama gozo” (p. 13).

O discurso, nesse sentido, é designado pela seguinte formulação espacial:

$$\begin{array}{ccc} \text{agente} & \longrightarrow & \text{outro} \\ \hline \text{verdade} & // & \text{produção} \end{array}$$

As posições são permanentes e é a posição de agente que o rege o discurso no seu modo de produção. Essa formulação espacial é bem definida, de tal maneira que:

O *agente* organiza a produção discursiva, domina o laço social, ao dar o “tom” ao discurso e possibilitar que haja alteridade. O *outro* é aquele a quem o discurso se dirige. O outro precisa do agente para se constituir. A *produção* é o efeito do discurso, é aquilo que resta. A *verdade* sustenta o discurso, mas é acessível apenas pelo “semi-dito”. A verdade não pode ser toda dita, havendo uma interdição (//) entre a produção e a verdade.” [itálicos do autor] (Coelho, 2006, p.110).

O giro que os elementos (*S*₁, *S*₂, \$ e objeto *a*) farão na fórmula, situará tais elementos conjecturados e relacionados em um momento – e vai compor um tipo de discurso²⁵. Cabe ainda ressaltar que Lacan (1970/1992b) apresenta os discursos como modos de articulação da linguagem como vínculo social (laço), de modo que o discurso se funda na convocação-inserção da estrutura significante.

É desse modo que se sublinha a articulação da cadeia significante como produtora de discurso.

O significante multiprofissionalidade se articula sob a invocação (furo) no/do inconsciente, deslizando na estrutura. É que o discurso (que não é outro senão semelhante)

²⁴ Lacan (1961/1992a).

²⁵ As formulações dos quatro discursos lacanianos se encontram matemizados na seção V, p. 65 em Lacan (1970/1992b).

desliza e faz emergir outros e outros significantes – mas que se acham alienados “de maneira irreduzível” (Lacan, 1971/2009, p.11) em alguma parte da estrutura. O significante e seus deslizamentos não escapam de serem enunciados senão dentro dela: da estrutura do próprio discurso-sujeito. Por isso a análise é possível – pela via do significante deslizando-se frente a outros significantes na estrutura do discurso.

É daí que Lacan (1971/2009) justifica a assertiva: “*De um discurso* – não é do meu que se trata” [itálico do autor] (p.9); é a partir dessa posição de discurso analítico (que repousa na causação de desejo – posto que não fornece inchaço de certezas e não oblitera a falta), é que há a recusa de ser um sistema ou uma filosofia; e é por esse caminho de *desuniverso* que a psicanálise lacaniana permite a implicação de análise da constituição do sujeito do inconsciente no campo discursivo da Residência Multiprofissional em Saúde.

O caminho do *desuniverso* que a psicanálise descerra faz uma articulação que é semelhante (como deslizamento próprio do discurso), de tal modo que “a verdade não é contrário do semelhante. A verdade é a dimensão, ou *diz-mansão* ... A diz-mansão da verdade sustenta a do semelhante” (Lacan, 1971/2009, p. 27-28). Ademais, salienta que ela (a verdade) tanto não pode ser separada dos seus efeitos de linguagem como só é localizável no campo de enunciação.

O espaço multiprofissional, o entrejogo de significantes, as condições de produção e os intradiscursos que cruzam esse espaço (de linguagem) congregam práticas sociais e práticas enunciativas, dentro de estruturas de enunciação de equivocidade; porque atravessadas pelo real lacaniano – demandando interpretação.

E o que é real? O real é furo, é em negativo.

“O que é real é aquilo que faz furo nesse semelhante, nesse discurso articulado que é o discurso científico” (Lacan, 1971/2009, p. 27).

O semelhante zela por uma economia, uma economia determinante de sujeito que, longe de ser verdadeiro ou falso, é esboço de verdade. O verdadeiro, nas proposições expostas, liga-se ao sentido de estruturação gramatical, de modo que não apreender a realidade ao excluir da lógica o falso, ou melhor, se enunciam verdadeiras a partir das propriedades colocadas em foco. Mas, quanto a isso, melhor a realização de uma assertiva: não há verdadeiro sem falso – falso já existe como definição de parâmetro do verdadeiro.

Acrescenta-se que, nas proposições de enunciação do verdadeiro, há uma insistência da noção e dominação de um EU. Lacan (1971/2009) o coloca como intrínseco a uma operação ilusória de existência e prevalência, predicando-o, sobretudo de transcendental,

absoluto e imperativo, “mito do Eu ideal”, que se acha idêntico a si mesmo, “significante cujo sentido é absoluto” (p.59). Ademais, só se acha o verdadeiro fora da proposição. É o EU que responde ao lugar de verdadeiro.

O ponto crucial a que se chega é que o sujeito em psicanálise não é o EU. É o sujeito fora desse campo absolutizado, transparente, fora do idêntico na/da linguagem – mas imerso no campo da enunciação, do traço, da marca, da insuficiência, das relações significantes, porque cindido e marcado pela insuficiência, ungido pela hiância, pelo real - é essa a verdade que lhe cabe. E esta verdade “é inseparável dos efeitos de linguagem” (Lacan, 1971/2009, p.59).

O espaço dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, espaço de equívoco marcado por traços-Outros também diz respeito ao indivíduo-psicólogo que, por sua vez, é precedido por linguagem-Outra, de modo que também existia precedido por matrizes simbólicas de sentidos, de referências a ele . Essas matrizes simbólicas, espaços-hiâncias de real, são enunciadas pelo sujeito, na tentativa de ser incluso e de dominar a realidade.

Espaço de real, nada efêmero porque espaço de pedra-arco-traço que insiste, coexiste e resiste, mesmo com tentativas de homogeneização discursiva que parecem fundir Saúde, Educação e Psicologia.

Por ora, cabe insistir que semblante de modo algum é o “discurso em si mesmo” – pois não é natural... mas o sustenta por articular significantes, sendo o sujeito determinado por tal articulação com o real e com os limites da própria condição discursivizante (porque faltante).

3.2 Sobre a relevância do Significante Mestre, suas degenerescências e interlocuções com a AD

É o espaço multiprofissional dos Programas de Residência que se toma como ponto de análise na investigação da relação de significantes frente ao o campo de sentidos produzidos.

A temática tem acolhida nesse contexto como noção de *espaço discursivo*, tal qual nomeado por Maingueneau (1984) e compreendido como “um subconjunto de formações

discursivas cuja relação o analista julga pertinente considerar para seu propósito” (Mussalim, 2004, p.89). É importante tal interlocução porque significante concerne à sentido e, tal qual Lacan (1970/1992b), observa-se que “o sentido carrega o peso de viver” (p.54). Para a análise do sentido no campo, faz-se, também na AD, um recorte.

Trata-se de um recorte para observação da produção discursiva e suas relações entre campos que con-versam entre e sobre si – quer seja por correlações ou contradições, afirmando-se ou de-formando-se, mas produzindo e sendo produzidos por discursos (posto que imersos em (des)sentidos, ideologias e equívocos).

A observação desse espaço de produção discursiva no qual faz colocar em estreita relação saberes²⁶ (e propósitos) distintos com tamanha naturalização aparece de forma emblemática e linear: quase como congruente, demarcado pelo modo como o indivíduo se vê imerso no campo da multiprofissionalidade, ou, além disso, como é inserido na estrutura desejante para se fazer discurso.

Essas vias de linearidade de repertórios e de deslizamentos de significantes na estrutura engendram tentativas de homogeneização discursiva e de fazer um, uno, total. Essas vias de linearidade são relevantes porque, tal qual como preconiza Lacan a partir da análise do modelo óptico visualizado no artigo: Observação sobre o Relatório de Daniel Lagache (Lacan, 1973/1990) “é no Outro que o sujeito se constitui como ideal” (p.138); é a partir desse Outro (A) que há a constituição de sua realidade imaginária.

O esquema óptico esclarece a prerrogativa face à pulsão escópica e o desejo:

Este esquema torna claro – eu o sublinho a propósito dos últimos elementos que trouxe, em torno da pulsão escópica – que ali onde o sujeito se vê, isto é, onde se forja essa imagem real e invertida de seu próprio corpo que é dado no esquema do eu, não é lá de onde ele se olha.

Mas, certamente, é no espaço do Outro (A) que ele se vê, e o ponto de onde ele se olha também está nesse espaço. Ora, é bem aqui também que está o ponto de onde ele fala, pois, no que ele fala, e no lugar do Outro (A) que ele começa a constituir essa mentira verídica pela qual tem começo aquilo que participa do desejo no nível do inconsciente. (Lacan, 1973/1990, p.137).

Seus eventuais deslocamentos, entrelaçamentos, filiações de sentidos e condições de produção – assim como os traços dessa constituição de sua realidade imaginária aparecem no fio intradiscursivo, na enunciação, no texto, na linha dos sentidos que se (re)formam; nos

²⁶ Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde congregam as chamadas profissões de saúde, promulgadas na Resolução 287/1998, tais como: assistentes sociais, psicólogos, biomédicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e inclusive médicos veterinários.

deslizes, nos buracos e nas hiências, no lugar e função do significante-Mestre. É desse modo que conjugam a análise do discurso pêchetiana e a psicanálise lacaniana.

De um lado, o que escapa às tentativas de homogeneização discursiva e o que escapa à significação como equívoco serão consideradas nas veredas do Significante Mestre e das formações imaginárias constituídas na tangência do real, como modo de dar conta de si e do que se enuncia – mas também pelo seu negativo: se é aonde não se pensa.

Portanto, na constituição dos discursos lacanianos, o Significante Mestre muda, ao mesmo tempo, de lugar e de função e sofre degenerescências. É o que analisa Colete Soler, na Conferência “Statut du signifi ant maître dans la psychanalyse et dans l’époque” (proferida no *Séminaire du Champ Lacanien* no ano de 2010) ao falar do Significante Mestre na realidade atual modificado pelo capitalismo e olhado desse modo pela psicanálise.

Na ocasião, coloca que “a definição principal do Significante Mestre, como significante que representa o sujeito (perante) outros – aqueles do saber que estão no Outro, dizia Lacan no início; que estão na *lalíngua*, dirá ele no final.” [itálico do autor] (Soler, 2010, p.255).

A criação e efetivação dos Programas de Residência Multiprofissional no Brasil traçarão rastros, significantes muito próprios do tempo atual, do tempo do capital, tempo não cronológico, mas testatutário (que, de um ato falho, escapou aqui no texto – e assim ficará, afetando e criando designação de estatuto-testamento), inaugurado com a ascensão do Estado Democrático.

O dispositivo de se versar o olhar analítico rumo ao espectro do Significante Mestre incorre na importância de re-velar “uma tirania redobrada em nossa época de ideologia pseudocientífica, com tudo que pretende autorizar-se do saber.” (Soler, 2010, p. 257).

Ora, tal assertiva opera na contramão da manutenção do sentido de transparência que conjura este modelo democrático e amplo de saúde, de recursos e de dispositivos contemporâneos.

Mas, então, Soler (2010) questiona qual seria o fim, a finalidade dessa época ideológica de pseudocientificidade que pretende autorizar-se do saber “com o fim de assentar sua autoridade sobre a competição dos produtos (na publicidade) e sobre as práticas diversas (de governo, de educação, de saúde e dos saberes ‘psi’)?” (Soler, 2010, p. 257).

Sendo assim, a função de priorizar as elações e deslizamentos do Significante Mestre “é que o Significante Mestre comanda a ordem social, tem função coletivizante e assegura que todos marchem em cadência, com os rateios que as leis sancionam” (Soler, 2010, p. 258).

Impossível dissociar tais conjecturações dos *Tempos Hipermodernos* de Lipovétsky (2004), a despeito do neologismo pós-moderno, designado para frisar uma mudança radical e uma reorganização profunda (em relação tanto ao funcionamento social como cultural das sociedades democráticas avançadas) e que desde a década de 70 vem perdendo seu potencial de mudança ao se encontrar com a morte e a dissolução da própria modernidade e o advento da hipermodernidade (ou uma nova sociedade moderna).

A hipermodernidade é marcada principalmente por “processos hiperbólicos” e processos “subpolíticos” (Lipovétsky, 2004, p.55), que propõem novas formas de regulação social e libidinal, assinalados pela normatização técnica e pela internalização do modelo *homo oeconomicus* [itálico do autor] (p.56) – modelo emblemático de economia pela maximização – maximização de ganhos em todas as esferas do viver.

Sobre essas mudanças nos processos políticos, econômicos e em especial os processos discursivos, o homem se modificou com a chamada “revolução do cotidiano”, fenômeno resultante de profundas aspirações e reviravoltas no dia-a-dia, refletindo no modo de viver, particularmente após o último meio século.

A assunção dos Programas de Residência a partir do estatuto-testemunho multiprofissionalidade insere-se, pois, nos tempos atuais por muitos caminhos-enigmas.

Há, por um lado, suposto hedonismo individual que se estende à ordem social e pública (haja vista a própria criação do SUS como materialização dos princípios de universalidade, integralidade descentralização, hierarquização, regionalização e participação social) e que é contornado pela produção de inúmeros Significantes Mestres, que modificarão de lugar e de função e produzirão discursos específicos frente à produção de determinadas realidades.

O Significante Mestre, por princípio, engendra a organização e ordenação – posto que é princípio de legibilidade; “ele permite apreender, no que se diz e no que acontece, por onde as coisas vão, o que isso visa, por onde está ordenado” (Soler, 2010, p.258). Organiza e ordena, quer seja no discurso individual, quer seja no discurso social e des-vela outras lógicas, como a postulação de um novo Significante Mestre na Era do capitalismo: o da mais-valia (Soler, 2010).

Na mais-valia, há um mais-de-gozar, que não opera no âmbito da transgressão, mas de irrupção, “no campo de algo de algo que é da ordem do gozo – um bônus” (Lacan, 1970/1992b, p.17).

Por outro lado, o hedonismo individual acaba por instituir um modelo paradoxal, muito mais proeminente na construção do Discurso do Capitalista, que expõe uma perversão do Significante Mestre, invertendo o Discurso do Mestre, frente a uma “revolta antiautoritária, antimestre” (Soler, 2010, p. 256).

A Era do capitalismo, pode-se dizer, opera e instaura uma modificação do Significante Mestre das mais relevantes, ascendendo nova função do sujeito na estrutura: parte de uma condição de consumidor para objeto consumido. O posicionamento da ciência no capitalismo também acaba por produzir e proliferar objetos e bens – formulações –, tal qual *gadgets*, acentuando a mutação-perversão no Discurso do Mestre.

Cabe recuperar Lacan (1971/2009), acerca do Discurso do Mestre, considerado como lastro e estrutura “em torno da qual se ordenam diversas civilizações, é porque seu motor, afinal, é muito diferente da violência” (p.25). Entretanto, logo ademais no texto, Lacan ainda obtempera que as sociedades não se estabelecem obrigatoriamente em função dessa mestria – e que esse discurso deve ser questionado para que não se torne um álibi ou um charlatanismo na análise desse cabedal. É por isso que se considera a inversão/degenerescência do Discurso de Mestre na contemporaneidade e o aparecimento do Discurso Universitário e, sobretudo, do Discurso Capitalista.

Sobre a posição de sujeito no discurso do capitalista, elemento obturador dos dias atuais, essa posição é permeada pelo paradigma dominante de ciência, que reza pela cartilha do coletivo. O discurso é compartilhado e absorve o todo – na tentativa de sê-lo (um-todo). Partindo da premissa de que o Significante Mestre é o que organiza os sentidos no discurso, passando do campo da linguagem ao campo do significado e considerando aquilo que um significante representa a outro, a queda dessa representação de mestre alude ao fato de que, no Discurso do Capitalista, o que padece é o laço.

Antes de emergir esse Discurso do Capitalista, Soler (2010) recapitula eventual degenerescência ou inversão – deslizamentos do Significante Mestre na cadeia aludindo à quebra da posição de mestria (Discurso do mestre) e inaugurando novas análises, mais próprias à atualidade e seus desdobramentos contemporâneos.

Essa inversão – degenerescência do Discurso do Mestre, Soler (2010) ilustra recuperando menção à Lacan com o surgimento do Discurso Universitário, ao qual o próprio Lacan dizia ser um Discurso de Mestre pervertido:

$$\frac{S_2}{S_1} \longrightarrow \frac{a}{\$}$$

Questiona e responde:

Como assim? É que S2 toma o lugar do agente, esperando-se dele que transforme esse objeto para ser educado que é o estudante – o *astudado*, como disse em outro lugar –, para fazer dele um \$; enquanto que o Significante Mestre passa para a parte de baixo e torna-se, de alguma forma, a verdade do saber. [itálicos do autor] (Soler, 2010, p. 256).

Não é que o mestre perde sua força, mas é que ela é operada por outro vértice, outro campo, outra função.

Qual seja?

É pronunciamento da análise das materialidades, dos espaços discursivos, dos significantes emergentes advindo dessa conjuntura social, econômica e libidinal. Não como norteamerito, mas como saciação, consumição.

Por isso a noção de espaço discursivo é retomada na delineação da materialidade escrita: normas, leis e decretos que incutam circunscrição em tal campo. Esse espaço discursivo operará sustentando-produzindo semblantes e, por sua vez, sustentará certos posicionamentos de Significantes Mestres frente a condições de produção específicas, bem próprias dessa nova modernidade e dos seus princípios.

Enfim, “o culto ao presente se manifesta com força aumentada, mas quais são seus contornos ... e que vínculos ele mantém com os outros eixos temporais?” (Lipovetsky, 2004, p.58).

O culto ao presente e esses contornos do sujeito no discurso se apresenta tal como forma-sujeito e mediante processos metafórico-metonímicos. São esses balizamentos que darão o contorno da marca de inserção no sujeito no discurso como equívoco e da assunção do sujeito cindido (vir-a-ser) da psicanálise.

3.3 A forma-sujeito e os processos metafórico-metonímicos: condições para a entrada na análise das materialidades

As bases filosóficas e epistemológicas da construção e implantação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil fundaram-se sob ideais de três fenômenos ímpares no Brasil: a Reforma Sanitarista (em oposição ao modelo médico vigente na Ditadura), a promulgação da Constituição Federal²⁷ (1988) e a conquista e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas transposições-contiguidades foram marcadas por lutas e embates teóricos, ideológicos, políticos e econômicos, culminando no modelo atual de políticas públicas e políticas de formação-educação de trabalhadores na área da saúde.

A promulgação da Constituição Federal em 1988 efetivou a instituição do chamado Estado Democrático e visou assegurar direitos e garantias dos cidadãos, estabelecendo deveres e responsabilidades do Estado.

É nesse contexto de produção discursiva que coexistem fenômenos metonímicos, deslizamentos de sentidos nas cadeias significantes presentificadas nas enunciações do SUS e da Residência Multiprofissional em Saúde, que engendrarão outros-novos fenômenos discursivos frente a esse *modus operandis* ampliado (baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS e na própria ampliação do conceito de saúde, a ser discutido posteriormente).

A efetivação destes fatores-ideais vai produzir uma série de discursos inscritos “no complexo-desigual-sobredeterminado das *formações discursivas* que caracteriza a instância ideológica em condições históricas dadas” [itálicos do autor] (Pêcheux, 1997, p. 213).

É lícito e prudente considerar aqui neste trabalho a *forma-sujeito*, uma vez que as práticas decorrentes desse modo de conjecturar saúde, educação e garantia de direitos não se processam necessariamente pelo agente – mas pela *forma-sujeito*. É essa forma-sujeito que se refere ao psicólogo-residente = forma-sujeito-psicólogo-residente.

²⁷ Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

A *forma-sujeito* é uma evidência constitutiva de que há uma constituição deste fora da língua e que nela se revela pela instauração do já-dado, pelo efeito de transparência *como se* não houvesse interpelação ideológica.

É pela forma-sujeito que o sujeito expressa sua ilusão de unidade. Tal ilusão de unidade é produzida pela fragmentação do sujeito do discurso. Sua fragmentação é causada pela multiplicidade de formações ideológicas que interpelam o sujeito. Dessa forma, o sujeito, ao sustentar uma dada posição entre outras, identifica-se com uma dada formação discursiva, constituindo-se, assim, forma-sujeito. (Cardoso, 2008, p.71).

É desse modo que, ao se falar em produção de discurso, fala-se em “*forma-sujeito*” [itálico do autor] (Pêcheux, 1997, p.214) porque não é do indivíduo em questão, mas da posição constitutiva do indivíduo interpelado pela linguagem, assujeitado às formações ideológicas e às produções do inconsciente, tangenciado pelo real lacaniano.

A consideração da *forma-sujeito* diverge, pois, da utilização da língua unicamente como um complexo comunicacional, como nas abordagens linguísticas pragmáticas – que procuram a unidade e a coesão.

A língua para a AD, para além do sentido pragmático, extrapola os limites da gramática (pelo real da língua), de modo que é sempre *inatingível*²⁸ – faz comportar o real da língua, o da história e o do inconsciente. O inconsciente, como *alíngua*²⁹, estruturado como uma linguagem (é assim conhecidamente metaforizado por Lacan) – de modo que “toda designação é metafórica, não pode fazer-se senão por intermédio de outra coisa” (Lacan, 1971/2009, p.43).

A *alíngua*, como estatuto de língua-função materna, que diz antes de o sujeito, diz antes dele dizer de si, confere à língua papel de falta... de não dizer tudo, de incompletude – e essa incompletude surge como ponto-de-estofo pelo equívoco, nos deslizes metafóricos dos significantes.

O processo metafórico, nesse ínterim, é uma das propriedades mais fundamentais da relação do sujeito com seu discurso porque, dada à sua figura de estilo fundada na similaridade, torna-se um “mecanismo de linguagem que intervém ao longo do eixo sincrónico (paradigmático), ou seja, o eixo do léxico ou da língua” (Dor, 1989, p.43). Esse

²⁸ Gadet e Pêcheux (2004).

²⁹ Lacan (1975/1985b).

mecanismo interveniente produz inúmeras figuras de sentido, ao qual, em sentido pleno, configurará nada mais que uma substituição significativa.

Doravante, abstrai-se de tal substituição significativa que os significados mostram sua coerência por intermédio de sua apresentação na rede (de um significante em relação a outro significante) a qual um representa a outro. Ou seja, é pelo seu caráter de substituição (metáfora) e pela autonomia do significante, que lhe cabe supremacia.

Na rede dos significantes da sequência falada onde intervém a metáfora, é, pois, *S1/s1* que se encontra imediatamente associado a *S2* como significado: isto põe em evidência uma propriedade específica da linguagem, a de que a cadeia dos significantes comanda o conjunto dos significados. Inversamente, os significados extraem toda a sua coerência da rede dos significantes. Nessas condições, a ‘língua’ governa a ‘fala’, o que constitui uma prova manifesta em favor da *supremacia do signifiante*. [itálicos do autor] (Dor, 1989, p. 44).

Na escritura lacaniana, trata-se o real como impossível, que refuta a simbolização e, por isso, faz-se discurso – que ocorre como falta, equívoco, esburacado na estrutura da cadeia significante. O equívoco emerge pela sua condição de interdição. Essa posição que tangencia o significante pela sua substituição e sua impossibilidade de apreensão – pois tocado pelo real – concede lugar específico na destituição do domínio do dizer – porque atravessado pela falta.

Para a AD,

Discursivamente, não existe sujeito origem de seu dizer, auto-suficiente ou inteiramente determinado. Existe um espaço da subjetividade onde jogam os mecanismos discursivos da relação com a alteridade. É o espaço do real, ali no limite em que a linguagem tropeça, se equivoca. Considerando o sujeito como dividido e o discurso como algo que significa pela história, são caras para a AD as marcas que apontam para uma desestruturação do discurso, para a perda de controle do sentido pelo sujeito. Na sua relação com o real, os sentidos são constitutivamente ‘abertos’, sujeitos a falhas, derivas. É por isso que neste batimento com o real há deslizamentos de sentidos. (Morales, n.d, p.4).

Tal posicionamento destitui do sujeito o domínio do seu dizer. A língua será lugar de constituição de sentidos e os sentidos se constituirão pela ruptura de outros sentidos dantes estruturados, numa cadeia de significantes que existem apenas pela possibilidade de serem rompidos (Authier-Revuz, 1998).

Ainda de acordo com Dor (1989), “o caráter primordial do significante se exerce não somente em relação ao significado, mas também em relação ao sujeito, que ele predetermina sem que este o saiba” (p.46).

Assim, a teoria do discurso pêchetiana faz uma intersecção-bordeamento à teoria lacaniana de um sujeito “estruturalmente clivado pelo inconsciente”, estando, portanto, tal sujeito, duplamente determinado: pelo interdiscurso e pelo próprio inconsciente. O que não quer dizer, necessariamente, como explicita Authier-Revuz (1998), que haja transparência no dizer, posto que ele escapa na e pela linguagem.

Essa ilusão de transparência é assegurada pela dimensão imaginária (lacaniana) que vai assegurar esse desconhecimento no sujeito pelo eu.

Desse modo, a reflexividade opacificante não se realizará mediante a “linearidade do fio de um dizer sobre as coisas” (Authier-Revuz, 1998, p.17) e se materializará como “retorno metaenunciativo” (ibidem), podendo inter-calar-se com modalidades de enunciação, de interlocução, de nomeação, de sentidos, denominados pela autora de modalizações autonômicas.

Essas modalidades de enunciação são dotadas da função que Authier-Revuz (1998) chama de “economia enunciativa em geral – e tal como ela se manifesta nos discursos particulares – é considerada, em sua dimensão imaginária, em relação com o real, irrepresentável por si mesmo, da enunciação” (p 17-18).

As aproximações entre a AD pêchetiana e a psicanálise lacaniana estão no cerne da questão sobre o sujeito faltante - cindido. A vinculação-identificação simbólica das representações verbais e da presença do imaginário (na confecção da ilusão de controle do dizer) é o ponto-chave ao qual uma representação “pode se remeter à outra por formulação parafrástica ou por metonímia” (Pêcheux, 1997, p.175).

O fenômeno metonímico aplica-se a esse contexto na medida em se apreende a cadeia significante inconsciente como constitutiva do sujeito que fala e que, segundo Lacan (1961/1992a), “a metonímia é esse fenômeno que se produz no sujeito como suporte da cadeia significante ... que não é nada além da possibilidade do deslizamento indefinido dos significantes sob a continuidade da cadeia significantes” (p.171).

A metonímia, como figura de linguagem que muda o nome do que eventualmente seria chamado por outra coisa, vai intensificar os efeitos da supremacia do significante.

Nos processos metonímicos, a função nodal de sua apresentação “reside na conexão de um significante novo com um antigo, com o qual ele está em relação de contiguidade e que ele substitui” (Dor, 1989, p. 48).

Ainda segundo Dor (1989), junto com os processos metafóricos (caracterizados pela condensação-substituição significante), os processos metonímicos (caracterizados pelo

deslocamento da representação – representação por inversão) irão compor operações especiais na apreensão do funcionamento do inconsciente. É alicerçado por essas operações que se construirá a linguagem estruturada como inconsciente.

Para tanto, os fenômenos discursivos (metafóricos/metonímicos) tem a função de circunstancialidade e são operados pelo que Lacan (1961/1992a) denomina de “elemento circunstancial, o elemento de atividade, o elemento de mais-além” (p.171). Desse modo, os elementos circunstanciais (assim como os elementos de atividade e os elementos do mais-além) são aqueles que se acham ligados às cadeias significantes na condição de metonimização (suporte e deslizamento) e têm a capacidade de assumir o valor representativo da própria ação do sujeito, como valores equivalentes aos termos da enunciação subjetiva.

Os processos de metaforização e metonimização são bordeamentos, com função de contorno da condição significante. São processos implicados em memórias discursivas na construção de sentidos.

Posto isso, ainda cabe sublinhar a concepção de memória discursiva como “o que rege o estatuto dos implícitos” (Cardoso, 2008, p.70) para a AD.

Para Pêcheux (1999), a memória discursiva é justamente o que surge no texto como acontecimento mediante uma reconstrução parafrasística, visando “restabelecer os ‘implícitos’ (quer dizer, mais tecnicamente, os pré-construídos, elementos citados e relatados, discursos-transversos, etc.) de que sua leitura necessita: a condição do legível em relação ao próprio legível” (p. 53)

A fim de tecer uma rede de questionamentos sobre este estatuto dos implícitos e, no rastro deles, será realizada a apresentação e análise das materialidades escritas. Essa tessitura inicia-se pelo que efetivamente funda (como ilusão determinística) os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde: a norma, as leis, os regimentos, os explícitos e suas implicações.

4. LEIS, SAÚDE E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA MATERIALIDADE ESCRITA

Agora pertences ao bosque. O bosque é a perda de si, a mescla no todo. Para te unires a nós deve perder-te, desvencilhar-te dos teus próprios atributos, desmembrar-te, transformar-te no indiferenciado, unir-te ao tropel das Mênades que correm pelo bosque (Calvino, 1973, p.12).

Procurando evidenciar os processos de construção discursiva no âmbito de residência multiprofissional a partir da posição-sujeito-psicólogo-residente (lugar de qual fala), tornou-se imprescindível um olhar voltado para a consolidação desse campo no contexto da saúde no Brasil.

Essa consolidação será percorrida, nesse capítulo 4 (e suas derivações) na trilha das Leis, Normatizações e Resoluções que conjugam tal campo.

Considerar-se-á, para tanto, o texto como unidade importante de análise. Não por seus elementos estruturadores ou pela organização linguística ou estética (*dado linguístico*), mas pela produção de sentidos que ele engendra, ou seja, pelos efeitos de sentidos entre interlocutores que ele opera e pela historicidade que ele acarreta. (Orlandi, 2013).

O texto será tratado como objeto simbólico, de acesso à memória da língua e de acesso aos atravessamentos na constituição da posição sujeito-desejante; a materialidade é tomada como fato discursivo e compõe-se por textos escritos e publicizados com a intenção de serem cumpridos.

As materialidades foram selecionadas a partir de resoluções, portarias, decretos e leis publicadas nos sites que tratam dos programas de residência multiprofissional e incluem também publicações do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e do Ministério da Saúde.

Assim, unindo-se “ao tropel das Mênades que correm pelo bosque”, como indica Calvino (1973, p. 31) na Obra *Castelo de Destinos Cruzados*, objetiva-se tangenciar possíveis entrelaçamentos inter e intradiscursivos a serem analisados posteriormente no capítulo 5, que tratará da materialidade oral (transcrições de supervisões).

Contudo, esse olhar para o campo da lei é de *non-sense*, não é solução, não é apreensão, nem explicação.

É um olhar e um caminhar que parte de uma (im)postura ética que visa produzir saber pela posição de falta. Ética do equívoco que toma o escape como deslizamento.

Só assim é possível *pertencer ao bosque*: como perda da condição de certeza.

4.1 Das materialidades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: a composição de uma cenografia discursiva

O *corpora* compõe-se de um *corpus* material (materialidade escrita) e de um *corpus* oral – grandes textos dos quais se extraem recortes³⁰ a fim de trabalhar as relações das condições de produção, os elementos circunstanciais (psicanalíticos) e o processo de discursividade frente ao estudo da polifonia-polissemia na construção dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Posto isso, o *corpus* para a AD não é estático nem postula congruências; está sempre em movimento e altera-se mediante a apresentação das cenas enunciativas e dos sujeitos da enunciação, inscritos em uma *cenografia* discursiva.

A cenografia, portanto, está para além do ambiente:

A cenografia é uma cena de fala que o discurso pressupõe para poder ser enunciado e que, por sua vez, deve validar através da sua própria enunciação: qualquer discurso, por seu próprio desenvolvimento, pretende instituir a situação de enunciação que o torna pertinente. A cenografia não é pois um quadro, um ambiente, como se o discurso ocorresse em um espaço já construído e independente do discurso, mas aquilo que a enunciação instaura progressivamente como seu próprio dispositivo de fala. (Maingueneau, 2008, p.70)

É, pois, mediante esse contexto de discursivização que o sujeito da enunciação vai utilizar-se rede de reiteração do dizer na tentativa de explicar-se ainda mais, tecendo fios intradiscursivos pela via do ‘já-dito’, pela via da antecipação do seu efeito e da dissonância produzida (imersão do primado do outro sobre o mesmo) e pelas reiteradas tentativas de explicação (Pêcheux, 1997).

³⁰ Segundo Orlandi (1984), por recorte entende-se que são unidades discursivas que correlacionam “linguagem-e-situação”, de modo que “um recorte é um fragmento de uma situação discursiva” (p. 14).

A materialidade escrita³¹ é composta por:

- Dados sobre Programas de Residência. Portal do MEC – Perguntas e respostas
- Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)
- Preâmbulo da Constituição da República Federativa do Brasil (1988)
- Lei n. 8.080 – criação e regulamentação do SUS (1990)
- Resolução n. 287 do Conselho Nacional de Saúde (1998)
- Resolução n. 335 do Conselho Nacional de Saúde (2003)
- Lei 11.129 – criação e regulamentação das residências multiprofissionais (2005)
- Portaria n. 1.111 (2005) – dispõe sobre a residência e o programa de bolsas
- Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077 (2009)
- Resolução n.2 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (2010)
- Portaria Interministerial 1.320 (2010)
- Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.224 (2012)

A apresentação de possíveis dispositivos de interpretação, bem como os próprios gestos interpretativos não advém de uma ordenação, mas de excertos que são analisados à luz de sua apresentação.

Esse corpo de leis e normativas é que serão consideradas nesse trabalho como materialidade escrita, mediante recortes, de tal sorte que “o recorte em campos discursivos não define zonas insulares; é antes uma abstração necessária que deve permitir abrir múltiplas redes de trocas” (Mussalim, 2004, p.88).

Ainda que a análise compreenda a materialidade (quer seja textual ou oral), “os sentidos não estão só nas palavras, nos textos, mas na relação com a exterioridade, nas condições em que são produzidos” (Orlandi, 2013, p.30), o que nos conduz à traços de historicidade, de memórias e interdiscursos, ou seja, presentificações que afetam o discurso no sentido e que falam por vestígios no processo de enunciação.

³¹ O acesso às referidas materialidades se encontra disponível nas Referências Bibliográficas da presente Tese.

O contexto de vestígios compõe, por sua vez, os discursos na sua relação com a materialidade linguística apresentada, demarcado pela historicidade e pelas condições de produção (históricas, ideológicas e imaginárias).

A inauguração do sujeito de linguagem é sua incompletude por excelência. E é por meio dessa característica fundante, que se torna possível e quiçá inerente à sua condição, as tentativas de significação, a deriva e as formações imaginárias, “que se referem às posições do sujeito no discurso e surgem a partir da relação de forças, da relação de sentidos e da antecipação” (Scorsolini-Comim & Tfouni, 2010, p.10).

Os recortes linguísticos são apresentados a partir de sua constituição como materialidade escrita e, por certo, acompanhados de possíveis análises discursivas do processo de constituição de programas de residência multiprofissional em saúde, rastreando aos ‘novos’ dizeres já-ditos neste percurso.

Ressalta-se que, para a AD, “o discurso é uma dispersão de textos e o texto é uma dispersão do sujeito” (Orlandi, 2013, p.70) e que a análise do recorte é indissociável à apresentação do *corpus*.

Esse texto, embebido de relações significativas – que atam a língua à história pelo equívoco, são heterogêneos, complexos, demandando conversações com outras textualidades (quer seja oral, escrita ou até mesmo imagética).

4.2 Adesão, estruturação e regulação: produtos e condições de produção

Definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são implantados no Brasil “a partir da promulgação da Lei 11.129 de 2005, sendo orientadas por princípios e diretrizes do SUS” (Residência Multiprofissional).

Parceria entre Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde (MS), é a partir de 2010 que se observa publicamente o registro da adesão/cadastramento das Instituições de Ensino Superior e das Instituições Executoras ao Programa de Residência Multiprofissional, juntamente à pactuação com gestões locais de saúde (nível municipal).

Essa adesão pode ser melhor visualizada pelo gráfico³² abaixo:

Gráfico 1 – Relação do número de cadastros de Programas por ano

É importante constar que é a Instituição de Ensino Superior (IES) quem oferece o Programa de Residência, em parceria com instituições executoras (em geral hospitais universitários), como estabelece a Resolução CNRMS n. 2, de 4 de maio de 2010.

E tem-se, no ano de 2010, a partir da leitura do gráfico, 81 cadastros de Programas no MEC.

Na tentativa de fornecer melhor visualização desses cadastramentos, a descrição é acometida pelo estranhamento observado na queda do ano de 2010 para 2011.

Analisando dentro das condições de produção do cenário de Residência Multiprofissional, observa-se a publicação da Portaria Interministerial do MEC/MS n. 1.320, de 11 de novembro de 2010 sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em

³² Foram considerados apenas os Programas que no seu cadastro constavam a denominação “Residência Multiprofissional em Saúde”, excetuando-se também do cômputo as duplas inserções cujo número do protocolo foi o mesmo. Supõe-se que tal duplicidade pode decorrer de solicitações da CNRMS para correção e, assim, os Programas se cadastram novamente com as devidas correções. Os dados foram compilados a partir do gráfico disponibilizado em: Dados sobre Programas de Residência, recuperado em 28 de maio de 2013.

Saúde (CNRMS). É curioso que tal Portaria dispõe sobre a **estrutura, a organização e o funcionamento**³³ e faz alterações quanto à composição da comissão.

Chama a atenção, para fins de análise discursiva, o recorte sobre a responsabilidade da CNRMS:

Art. 7º. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em consonância com a Política Nacional de Educação e com a Política Nacional de Saúde, **é responsável pelos processos de avaliação, supervisão e regulação** de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde ... [grifos nossos] (Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.320, 2010).

Os grifos são o recorte de análise no *corpus* que se pretende observar – porque esse processo discursivo não hesita em jogar com outros efeitos de sentidos cujo dado gráfico apresenta. Vê-se, em 2011, uma queda vertiginosa de 81 para 28 cadastros de Programas no MEC.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde nascem de um contexto político-social que traz no seu bojo filiações discursivas que remetem às condições de produção do discurso; condições às quais o analista de discurso não se furta a examinar.

Esse contexto político-social que alicerça o surgimento e a posteriori a proliferação dos programas de Residência Multiprofissional é fornecido por um modelo (novo até então) que associa saúde e educação e que se funde aos ideais da Reforma Sanitarista.

Observa-se, desde o ato de constituição, a ligação da Educação (**modalidade de ensino**) ao campo da Saúde (**modalidade orientada por princípios e diretrizes do SUS**) como premissa para a existência desta prática-especialização. O que ocorre, já a partir dessa ligação-instituição, não é apenas concernente à supervalorização dessas característica de parceria educação-saúde, mas há a criação de um lugar-comum (como formação imaginária) a título de efeito de transparência, que irá amalgamar o fazer das profissões contempladas no campo da multiprofissionalidade como indissociáveis, operando efeitos de sentidos complexos.

Conforme Oliveira et al. (2013), o novo modelo de trabalho, cenografia que endossa e faz surgir os Programas de Residência Multiprofissional é justificado pelas mudanças de paradigmas no contexto social, político e econômico do país, coadunando com princípios do

³³ Todos os termos e expressões em negrito no texto dizem respeito a recortes das materialidades escritas, destacadas para efeito de foco interpretativo.

SUS e justificado pela necessidade “de ressignificar a concepção no modo de ver e fazer saúde”. Esse modelo é, por sua vez, “centrado no usuário e na produção do cuidado, pautado na autonomia, na interdisciplinaridade, na humanização e no vínculo” (Oliveira et al, 2013, p. 45).

A posição- sujeito, portanto, produzida na atualidade é efeito desses sentidos postulados, assentidos e potencializados pela memória discursiva dessas construções.

Isolando o enunciado, temos:

Ressignificar a concepção do modo de ver e de fazer saúde.

Gostaria, anterior à análise, retomar então a concepção etimológica de **saúde** nas suas variadas acepções.

No latim, temos que tanto o termo **saúde** como *salud* (em castellano) possuem derivação de uma mesma raiz do latim: *salus*. e, curiosamente, o termo *salus* “designa o atributo principal dos inteiros dos intactos, íntegros³⁴” (Almeida Filho, 2000, p.300).

Santé, no francês, *sanidad*, em castelhano, juntamente com o adjetivo “são”, provêm do latim medieval *sanus*, que portava as conotações de “puro, imaculado” e “correto, verdadeiro”. Canguilhem vê a sua origem no vocábulo grego *sao*, no sentido de verdadeiro. Laplantine refere o radical indo-europeu *san* como raiz de *sanus*. Rey não confirma tais hipóteses etimológicas, indicando origem desconhecida para este radical. De *sanitas*, designativo da condição de *sanus*, deriva diretamente sanidade, sanitário e sanatório, através do francês arcaico *saniteir* [itálicos do autor]. (Almeida Filho, 2000, p. 300)

Operando recortes emergentes, extrai-se: sujeitos íntegros, inteiros, puros, imaculados e ainda associado à condição de sanitário.

Sujeito total. Indivíduo-eu. Função imaginária de totalidade, com toda amplitude que os princípios pretendem abarcar.

Os princípios do SUS, por sua vez, são princípios de uma saúde que incorpora, como memória discursiva, a significação etimológica da saúde.

Os princípios do SUS valem-se de um modelo de saúde conceitualmente mais amplo, mais coletivo e mais comunitário, resistindo e opondo-se à ditadura, cujo modelo imposto em

³⁴ Rey (1993).

meados da década de 60 até meados da década de 80 focava na atenção individual, elitista, com gestão centralizadora e impositiva (Escorel et al, 2005, 2008). Contudo, é uma conceituação invadida pelo intradiscurso etimológico: ser total, íntegro, imaculado, verdadeiro e são (enunciado apagado pelo esquecimentos pêchetianos).

A atenção é focada nesse usuário – o modo de ver e de fazer saúde visa promover esse ser: total, íntegro, imaculado, verdadeiro e são.

Assim, ao se proclamar como responsabilidade da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde os **processos de avaliação, supervisão e regulação**³⁵ a memória etimológica de saúde opera também como intradiscurso.

A utilização dos termos **avaliação, supervisão e regulação** como efeito de intradiscurso permite acompanhar eventuais deslizamentos de sentidos que convocam uma memória discursiva de poder disciplinar (Foucault, 1975/1987b), de modo que a memória discursiva é mobilizada ao retornar como pré-construído.

As repetições e reinserções chamam, a todo momento, a atenção para essas funções e funcionamentos das CRMS aparecem como objetos do discurso sob forma de re-citação que tenta organizar e firmar a organização discursiva, cristalizando o sentido (ilusório) pretendido: o homem integral e a saúde completa. Essa premissa acaba por desaparecer do sujeito enunciador, garantindo na aparição da enunciação do eu(*Je*), eu-Estado, o assujeitamento.

Essas modalizações, a um analista de discurso, promovem uma ruptura de coesão à transparência pretendida. Trata-se, por sua vez, de um desdobramento do dizer na tentativa de ater-se à manutenção de seus princípios disciplinares, que são enunciados como função (em contraposição ao efeito de produção de cuidado, autonomia, humanização e produção de vínculo).

Os verbos avaliar, supervisionar, regular são apresentados como função: avaliar-ação, super-visionar a ação e regular-ação. O enunciado focaliza a função, preterindo o fazer na concepção operacional de funcionamento a fim de conjugar efeito de organização e não de controle. Destarte, a naturalização nomeada faz não correspondência, não coincidência no dizer e o destaque é que a função das CNRMS já está implicada, desde sua criação, à dicotomia subordinação-disciplinarização, acabando por prosperá-la no interdito.

A implicação na dicotomia subordinação-disciplinarização operando como efeito, desde sua nomeação, aparece no artigo 14 da Lei 11.129:

³⁵ Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.320, do ano de 2010.

Art. 14. **Fica criada**, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento **serão disciplinados** em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde. (Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005).

O negrito acerca da enunciação **fica criada** é com propósito de recortar possíveis entrelaçamentos discursivos que a postulação acarreta. A expressão na força da Lei e da veemência da enunciação apaga o processo de criação anterior à instauração da instância (CNRMS), opacificando todo o movimento de lutas, conflitos vinculados à conquista de novos direitos e dessa nova modalidade de ensino em serviço, multidisciplinar.

Fica criada, como flexão do verbo criar, aparece como intenção de dar princípio, fazer surgir a partir desse instante. Como flexão que caminha para a substantivização do termo (ou deslizamento polissêmico inscrito na língua) faz pensar sobre posicionamento de criador-cria-criatura e sentido de equívoco como substantivo feminino singular, obtendo derivações informais do termo **criada** como serviçal, mucama, ama, escrava, governanta.

O efeito de organização e funcionamento foram já enunciados (o já-dito) desde sua criação. A assertiva “**fica criada**” (Lei 11.129, de 30 de junho de 2005), desde o início, implica o trânsito entre os polos disciplinarização-subordinação.

O poder disciplinar, ainda segundo Foucault (1975/1987b), é uma “humilde modalidade, ... que funciona de modo a uma economia calculada e de modo permanente” (p.143), conquanto que impõe sua presença aos grandes aparelhos de Estado a partir de seus micro mecanismos e processos estabelecidos principalmente: pelo olhar hierárquico, pela sanção normalizadora e por intermédio do que Deleuze (1990/2008) chamada de “palavras de ordem” (p.222). O poder disciplinar joga com o efeito de ordem-segurança e reaparece como elemento intradiscursivo relevante à análise dos programas de residência multiprofissional em saúde porque subverte a díade empoderado-empodeirante.

Avaliação, supervisão e regulação – essa é a função estabelecida para as Comissões Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e tal função aparece no dizer acompanhado pelo termo **em consonância** às Políticas Nacionais de Educação e às Políticas Nacionais de Saúde.

A enunciação **em consonância** aponta para um efeito natural e transparente de consenso, entendimento, congraçamento, concórdia. A modalização é utilizada como estratégia enunciativa de coesão, “harmonia” (Bueno, 1991, p. 169) e ainda com o propósito ou repetição de sons idênticos ação de repetir sons idênticos. Esse deslizamento faz equívoco

e explicita uma relação discursiva de empoderamento em cadeia, não tão harmônico nem tampouco idêntico.

Entretanto, a função rememorada pela instância de criação traduz outro empoderamento³⁶ (discurso-outro) facultado pelo “novo” Estado (o democrático, marcado pela abertura dos mercados, proclamação e garantia de direitos e liberdades individuais e grupais) e que vai operar com força de transparência e naturalização de sentidos, sustentando a lógica não mais de um controle intenso e contínuo como o fora o Estado Ditatorial, mas produzindo o efeito de naturalização de consonância-vigilância mediante a complexização das divisões do trabalho, das funções naturalizadas como organizativas, das conceituações de saúde e das preocupações em formar um contingente educado e apto para o mercado – com tom harmônico.

O fato é que há, a cada reformulação, uma retomada rebuscada da mesma lógica da mais-valia pelo já-dito.

Todo já-dito, mesmo que em outro momento e época, “retorna sob a forma do pré-construído, (...) sustentando cada tomada da palavra” (Orlandi, 2013, p.31).

A respeito da interlocução do interdiscurso e do intradiscurso, dos já-ditos, dos esquecidos e de suas construções-desconstruções, esclarece-se que:

O que chamamos de interdiscurso poderia ser representado como eixo vertical onde teríamos os dizeres já ditos (e esquecidos) em uma estratificação de enunciados que, em seu conjunto, representa tudo o que é dizível; enquanto, no eixo horizontal, estaria localizado o intradiscurso (a cadeia metonímica, ou discursiva). Assim, o intradiscurso é feito de atualizações do anteriormente formulado, o que nos conduz a postular que o enunciado totalmente novo não existe. (Sabino, Tfouni & Monte-Serrat, 2014, p.36).

Contudo, ainda que “o enunciado totalmente novo não exista” (Sabino, Tfouni & Monte-Serrat, 2014, p. 36), o sujeito do discurso não o sabe – porque enredado pela ideologia; por isso acaba, pela repetição, reafirmando-a.

Essa repetição-sujeição se dará pelas práticas sociais e profissionais engendradas, porque a ideologia não se constitui de ideias; não se traduz por uma “mentalidade de época”, nem sequer se torna dominante essa ou aquela ideologia “pela graça do céu” (Pêcheux, 1997, p.144).

As condições ideológicas da reprodução/transformação das relações de produção dizem respeito a condições essencialmente contraditórias, complexas e específicas, não

³⁶ Explicitado na Portaria Interministerial do MS/MEC n. 1320, de 11 de novembro de 2010.

lineares. De acordo com Pêcheux (1997), essas condições contraditórias são estabelecidas por um combinado de momento histórico, formação social e aparelhos ideológicos de Estado “que essa formação social comporta”, compondo “um conjunto *complexo*, isto é, com relações de contradição-desigualdade-subordinação de seus ‘elementos’, e não um simples lista de elementos” [itálicos do autor] (p. 145).

O objeto delineado na enunciação **avaliação, supervisão e regulação** já fora vociferado metaforicamente e imposto senão concretamente na ditadura em nome da ordem e por isso permite ancoragens com a memória discursiva. Tais ancoragens discursivas residem nos efeitos parafrásticos, ou seja, nos processos “pelos quais, em todo dizer, há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória” (Orlandi, 2013, p.36), de modo que as diferentes modulações acabam por reiterar o dizer sedimentado, podendo inclusive advir outros sobre o mesmo.

Embora diferente do poder ditatorial, que impõe pela força unilateral e pela coerção, a enunciação repete o empoderamento pela disciplinarização – sem o saber e na tentativa de o suplantar e de re-dominar a realidade, na tentativa de saturar a falta, de esvaziar-se do desejo – universo da falta. A falta, nesse ínterim é introduzida como demanda no registro do simbólico.

Outra peculiaridade do poder disciplinar é que ele não tem a função de se apropriar e retirar; mas, sobretudo, “tem como função maior ‘adestrar’; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (Foucault 1975/1987b, p.143), numa lógica sustentada pelo discurso capitalista e pela lógica de mais-valia, no lugar do desejo.

Sobre essa lógica da mais-valia, ela vem coadunar com aspectos discursivos ao postular “**a necessidade de capacitar profissionais** com habilidades que abarquem a complexidade do processo saúde-doença” [grifo nosso] (Oliveira et al., 2013, p. 44), baseando-se em adequação aos pressupostos e características do SUS, que é a característica dos programas de residência multiprofissional – processo contínuo de educação (educação permanente), que integra educação e serviço pelo treinamento.

Se, de um lado o modo de funcionamento disciplinar (engendrado no discurso pela materialidade) opera pelo molde (nas suas mais diversas modelagens), há no interdiscurso dos programas de residência multiprofissional a ascensão concomitante de outro modo de funcionamento discursivo: o que alude às sociedades de controle.

A necessidade de capacitar profissionais incorpora a venda de serviços e insere um outro modo de controle no âmbito da formação discursiva.

Esse modo de controle flutuante (para além do controle disciplinar) é muito característico do regime capitalista vivenciado a partir do século XXI: um capitalismo de sobre-produção, acentuado pelo capitalismo focado no produto e não no processo (Deleuze, 1990/2008).

De acordo com Deleuze (1990/2008), esse tipo de controle funciona por modulação, de modo que o princípio modular aplica-se à Educação quando a **formação permanente** tenta substituir a escola; e de modo análogo quando a empresa tenta substituir a fábrica. A lógica do confinamento é diluída e o controle é contínuo e disperso, debitando à sociedade e aos indivíduos, uma *moratória ilimitada*.

Muitos jovens pedem estranhamente para serem ‘motivados’ e solicitam novos estágios e formação permanente; cabe a eles descobrir a que estão sendo levados a servir, assim como seus antecessores descobriram, não sem dor, a finalidade das disciplinas. [grifos do autor] (Deleuze, 1990/2008, p.226)

O princípio de modulação fermenta, ainda, um falso auto empoderamento invisível e cria uma lógica modular, dividual. Essa lógica de funcionamento dividual condiz com a orde do mais: o dobro, o triplo, o múltiplo. É a lógica da adjetivação, da multiplicidade para ascender, para conseguir, para ser. De mais a mais, sobrepuja a categorização desse modelo de educação em serviço:

Residência **Multiprofissional** em Saúde.

Tendo em vista esse controle modular, aludimos a um tipo de capitalismo que quer vender serviços e não mais produtos e que, sobretudo, fundamenta um modo de relacionar com objetos.

O discurso capitalista como laço social (porque tecido e estruturado pela linguagem e pela libido) é a lógica do capital e trabalha no seu próprio contorno, de modo que não promove o laço.

A lógica do capital, por sua vez, é sustentada pela fabricação da falta de gozo e produção de sujeitos insaciáveis.

Segundo Quinet (n.d), a sociedade regida pelo discurso capitalista, ao mesmo tempo que produz uma economia libidinal (pela fabricação da falta de gozo), “também transforma cada um num explorador em potencial de seu semelhante para dele obter um lucro de

sobretabalho não contabilizado” (p. 3) . Isso ocorre porque a lógica do discurso capitalista coloca a mais-valia no lugar do desejo, produzindo o sujeito “inadimplente, o sujeito da dívida que se eterniza”. (p.4).

Assim, pode-se anuir que “o Discurso do capitalista não é regulador, ele é segregador” (Quinet, n.d, p.7) e diverge do que é seria a proposta da multiprofissionalidade nos programas de residência.

Entretanto, o efeito de transparência é invadido pelo desconforto do equívoco, gerando efeitos e outros discursos pela interpelação da enunciação-fissura: **avaliar, supervisionar e regular**. É o que se verifica na leitura do gráfico (fig. 1) após o ano de 2010.

O efeito da enunciação parece redundar em uma recusa inicial em aderir, fusionar ao ideal disciplinador - apontada pela queda de cadastros do ano de 2010 de 81 para 28 no ano de 2011, ano subsequente à publicação da Portaria Interministerial n. 1320 (2010). O efeito metafórico da repetição parece sustar e fazer o sentido recuar nas suas ressonâncias.

Mas o gráfico (fig.1) mostra, para além do recuo, uma tendência à universalidade e transparência de sentidos, a fim de sustentar a ideologia dominante no dissolver do tempo – ao exibir um aumento progressivo de cadastros de programas nos anos subsequentes: de 28 em 2011 para 83 em 2012 e 138 em 2013.

Esse poder (objeto discursivo disciplinar) levantado a partir da conjuntura que o produziu (condições de produção), por sua vez, pleiteará modos de garantir-lhe sobrevivência também a partir da sujeição ideológica.

Com elementos combinatórios, “a disciplina é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício” (Foucault, 1975/1987b, p.143).

Em uma democracia, já não cabem meios autoritários, mas instrumentos mais sofisticados, calculados, organizados. Não obstante, instrumentos nem menos permanentes nem menos avassaladores.

A análise de discurso não se furta olhar para concepções históricas, sociais, imaginárias e simbólicas.

A partir de um dispositivo de interpretação, o analista do discurso transita “no real do sentido em sua materialidade linguística e histórica” (Orlandi, 2013, p.59) e não no sentido “real”. Por isso torna-se imprescindível bordear aqui sentidos não evidentes entre as concepções e postulações de saúde, educação, formação profissional e psicologia. Por isso a análise do *corpus* não se esgota e já se inicia desde a descrição.

Os sentidos da implantação do Programa de Residência Multiprofissional no Brasil são considerados como parâmetros momentâneos, que existem pela justa possibilidade de serem rompidos e fazem interlocução com interrogações sobre quais sentidos se articulam e se interditam para que possa advir o discurso como efeito, como possibilidade de laço social.

Quem está designado e autorizado a falar? Que vozes concorrem nas formações? Quais são obliteradas e o que podem (ou não) dizer os interditos?

Olhar para a materialidade linguística da construção do processo de implantação dos Programas de Residência possui relevância discursiva ao desnaturalizar sentidos postulados, abrindo outros campos de interpretação-análise e, por conseguinte, gerando outros efeitos de sentidos.

Observar bases discursivas do processo de implantação acarreta implicações (de modo que um discurso produz outros porque transpassado pelo discurso-outro) tanto no âmbito do exercício do profissional recém-formado em Psicologia como nos rearranjos institucionais, políticos, ideológicos e educacionais.

O dispositivo interpretação e análise dos gestos de interpretação facultam “atravessar o efeito de transparência de linguagem”, investindo “na opacidade da linguagem, no descentramento do sujeito e no efeito metafórico, isto é, no equívoco, na falha e na materialidade. No trabalho da ideologia” (Orlandi, 2013, p.61).

Assim, o atravessamento do efeito de transparência pressupõe um aprofundamento nas suas concepções discursivas estruturais: a ampliação e consolidação do conceito de saúde.

4.3 Ampliação e consolidação do conceito de saúde e efeitos de sentidos

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde propõem que o trabalho seja realizado em equipes profissionais com formações diferentes com atuação num mesmo campo, com discussões conjuntas e práticas com objetivos comuns.

Essa nova modalidade de aprendizado-assistência também aumenta momentaneamente o quadro de profissionais que atuam nas instituições de saúde, promovendo rearranjos no campo de financiamento estatal e contribuição do governo via

bolsas para financiamento do sistema mediante Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho³⁷.

Uma peculiaridade à concessão de bolsas é enunciada em parágrafo único:

Parágrafo único: Para a instituição do Programa estabelecido no Art. 1º, **é necessário a figura do preceptor, do tutor e/ou orientador de serviço**. Fica facultada a inserção do tutor ou do orientador de serviço, caso não haja possibilidade de garantir ambos, conforme as peculiaridades de cada realidade local. (Portaria n. 1.111, de 5 de julho de 2005).

A inserção enunciativa da figura do preceptor e tutor acaba por glosar efeitos disciplinares-disciplinadoras no campo da prática, como modo de reelaboração interpretativa do efeito rejeitado. Segundo Lacan (1970/1992b), “o efeito da linguagem é retroativo, precisamente porque é na medida de seu desenvolvimento que manifesta o que ela é de falta a ser” (p.147).

A descrição do campo de ação-acontecimento da prática do residente é importante aqui porque, imersos nessa conjuntura de campos e discursos historicamente adversos e complexos como são o político, o educacional e o campo da saúde (campos postos-opostos), a falta a ser imiscui-se aproximando e distanciando a enunciação da transparência do narrador-enunciador nesse contexto de sujeito educado pelo trabalho ou, ademais, para o trabalho.

Os campos do discurso, berços-dizeres-constituintes do sujeito psicanalítico são campos repletos de brechas, campos de ação-acontecimento.

Os campos de ação são tomados como *campos discursivos*, como coloca Maingueneau (1993), que parecem conter ideologias político-institucionais cujas também se pronunciam discursivamente a respeito deste sujeito-psicólogo-residente (ou do que neste resiste na posição como traço-falta) e imprimem no discurso marcas psíquicas e linguísticas importantes como efeitos de sentidos constituintes.

O sujeito-psicólogo-residente (como posição) vive, age e se pronuncia mediante o vivido e também mediante o esquecido no trânsito entre esses campos, criando interdiscursos que ora ou outra sinalizam brechas, mesmo perante tentativas de fidelidade-fusão aos ideais propostos nas resoluções e premissas de dominar tecnologias que qualifiquem os recursos humanos para atendimento individual e coletivo; premissas estas que se creem garantir a qualidade da atenção em saúde por meio da associação Saúde-Educação.

³⁷ Instituído pela Portaria no 1.111, de 5 de julho de 2005.

A congruência entre a Saúde e Educação aparece, ao menos historicamente, já na construção dos princípios do projeto da chamada Reforma Sanitária Brasileira, que fundamenta a criação do Sistema Único de Saúde (Lei n. 8080, de 1990).

A descrição e análise que seguem baseiam-se em dois fatos discursivos considerados primordiais frente às resoluções dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Esses dois fatos são: **a ampliação do conceito de saúde e a saúde como direito.**

A ampliação do conceito de saúde advém dos preceitos da Reforma Sanitária, desdobrando-se em textos que embasaram o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Posteriormente ao Relatório adveio a Lei que cria e regulamenta o Sistema Único de Saúde no Brasil (Lei n. 8080, de 1990).

Como movimento político e ideológico, vertentes às quais não se pode desconsiderar, o projeto sanitarista engloba e produz premissas e saberes que agregam fatores tanto sanitário-epidemiológicos quanto filosóficos e políticos, no auge de propostas e embates no tocante à redemocratização e organização dos serviços de saúde do país pós-ditadura (décadas de 70-80).

Na tentativa de erigir outro modelo – mais democrático e efetivo de cuidado às populações – de caráter reformista, o projeto mobiliza vários setores da sociedade (trabalhadores da saúde, usuários dos serviços, acadêmicos, políticos e pensadores) em oposição aos valores totalitários vigentes nos anos de ditadura no Brasil. No campo de cuidado às populações, o modelo sanitarista se opõe ao modelo médico até então predominante curativo e elitista.

Pode-se afirmar que o “paradigma sanitário” é alicerçado consoante ao caráter preventivista, sustentado por dois braços conceituais bradados pela esfera acadêmica: a chamada Medicina Preventiva (estratificando em níveis o acontecimento prevenção) e a Medicina Comunitária (com a instrumentalização nos/dos serviços, políticas e gestão da saúde pública). (Paim, 1976).

Além dos campos supracitados, o modelo de saúde e de cuidado que se pretende construir tem, também, forte influência da Saúde Coletiva, donde emanam duas concepções que consideramos centrais à discussão: a determinação social das doenças e o processo de trabalho em saúde. (Paim, 1997). Essas concepções deslocaram o foco enunciativo da causação da doença e demandaram outras práticas sociais que determinaram o posicionamento social dos trabalhadores em saúde assujeitados aos processos de trabalho, multiplicando-se em facetas procedimentais.

A saúde, por este prisma, “**é entendida** como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana” e a doença considerada como uma falha, uma “manifestação **de distúrbios de** função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação”, em razão da inadequação de estímulos que garantam essa condição. (Silva, 1973, p. 31-32).

Esses campos de Saúde e Medicina Preventiva e ainda Medicina Comunitária começam tanto a absorver como a produzir modos de enunciação textual sobre a saúde com o intuito de ampliação do conceito e das práticas de gestão nessa área. Essa tentativa dupla de apreensão-deflexão de sentidos (porque ao mesmo tempo que procura propor novo modelo busca também fugir ao modelo de cuidado dominante) produzirá formações discursivas que se universalizarão na implementação do texto como (força de) Lei.

É o que se pode verificar no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) ao colocar em primeiro lugar o que está sendo convencionado chamar de Reforma Sanitária:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar Reforma Sanitária. (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 2).

Sobre a ampliação do conceito, conceito que oscila do campo individual para o coletivo-social, elenca-se um recorte que o exercício do direito à saúde implica garantir:

- trabalho em condições **dignas** ...
 - alimentação **para todos**
 - moradia **higiênica e digna**
 - educação e informação **plenas**
 - transporte **seguro e acessível**
 - acesso **universal e igualitário** aos serviços setoriais **em todos os níveis**
- (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, p. 05)

Tais condições, analisadas pelo vértice do interdiscurso, insistem em aparecer nas formulações linguísticas aqui marcadas por suas formas incisivamente adjetivadas e, sobretudo, imersas nas suas condições de produção: ir contra os firmamentos ditatoriais, reducionistas e individualistas. Conquanto, ao se ampliar o conceito, a enunciação explicita um movimento linguístico-histórico que permanece não olhando para o adoecimento, mas

focando seu ideal de homem **total, digno, higiênico, pleno, acessível, seguro, universal e igualitário, em todos os níveis**. Sujeito mítico.

O esquecimento age acobertando “a causa do sujeito no próprio interior de seu efeito” (Pêcheux, 1997, p. 183) fazendo-se, pelo ato de linguagem, o desconhecimento dessa determinação do sujeito no discurso.

Caracteristicamente, o esquecimento número um (Pêcheux, 1997) diz respeito exatamente à certeza de que se tem o controle do discurso; de modo que, imerso neste esquecimento, crê-se que tal formação discursiva não permite interferência qualquer.

A comissão relatora observa que este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo-se constituir em objeto de reflexão visando, sobretudo, à continuidade do processo de reformulação setorial. (Relatório 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 11)

Esse esquecimento número um é acentuado na noção de espelhamento: **espelha fielmente**. O uso metafórico da expressão abarca inúmeros sentidos, incluindo a própria possibilidade de uma imagem espelhar outra coisa senão seu reflexo.

Espelhar fielmente pretende não admitir outros reflexos, ou reflexões – delineado pelo **fielmente**. O discurso científico postulado pela linguagem científica é cindido pelo mesmo viés da língua e de suas metáforas.

Há, igualmente, efeitos de sentidos que deslizam elementos enunciativos na enunciação, desvios obviamente não desejáveis ao discurso e à linguagem racional científica. O espelhamento acarreta a identificação com a imagem fielmente produzida (imago), permitindo alusões à fidedignidade do reflexo, das premissas trabalhadas e enunciadas no relatório sobre a saúde.

Face ao uso de metáforas, Lacan (1949/1998a) utiliza a do espelho não somente para tratar do processo de identificação no *infans* como formação da função do eu³⁸, mas, sobretudo pela sua especificidade alienante (busca de uma imagem totalizante). Para que o eu se reconheça como imagem totalizante, tal processo alienante é indispensável e se revela ao sujeito a partir de uma dialética temporal, precipitando na história a constituição do indivíduo:

³⁸ O eu nas construções ao longo da comunicação lacaniana referem-se ao *Je* – sujeito do inconsciente, conforme referência da edição brasileira.

A formação do [eu] simboliza-se oniricamente por um campo fortificado, ou mesmo um estádio, que distribui da arena interna até sua muralha, até seu cinturão de escombros e pântanos, dois campos de luta opostos em que o sujeito se enrosca na busca do ativo e longínquo castelo interior, cuja forma (às vezes justaposta no mesmo cenário) simboliza o *isso* de maneira surpreendente.” [grifos do autor] (Lacan, 1949/1998a, p.101).

Assim sendo, a função do estádio do espelho acaba por estabelecer – pela função particular da assunção da *imago*, relação do *Innenwelt* com o *Umwelt* (ou seja, do organismo com a realidade) à medida que o organismo é invadido pela realidade e exige do indivíduo uma saída à metáfora.

O julgamento de compreensão absoluta do enunciante a respeito do que é enunciado também há que, conseqüentemente, pontuar modos de produção aparelhados por posições moduladas pela realidade e, concomitantemente, moduladoras da realidade.

Essas posições são denominadas formações ideológicas, naturalizadoras de sentidos e produtoras de práticas sociais a fim de garantir o efeito de translucidez discursiva. Segundo a AD, a materialização destas práticas discursivo-ideológicas se manifesta nas práticas sociais.

O excerto do 8º Relatório Final do Conselho nacional de Saúde sinaliza a construção da prática: “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”. (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.04).

Façamos outros recortes desta mesma citação:

A saúde não é um conceito abstrato³⁹.

É por meio da formação ideológica que se mantém uma relação imaginária do indivíduo com a realidade em que vive (Althusser, 1970). Há, na afirmativa uma glosa a fim de fixar notadamente um sentido por meio de *explicitação univocizante*⁴⁰ que, por seu intento, já marca a ruptura de evidência da homogeneidade na unidade do dizer.

³⁹ (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.04).

⁴⁰ Authier-Revuz (1998, p.31).

Aqui essas formações discursivas estão estreitamente relacionadas a formações ideológicas – condição não abstrata de saúde às quais as populações devem conquistar diariamente, nas lutas cotidianas.

A saúde surge como direito e ao indivíduo também se aplica sua responsabilização junto ao Estado. Do conceito amplo de saúde e dessa noção de direito como conquista social emerge a ideia-ideal de que seu pleno exercício é possível, concreto e absoluto.

A lei, o discurso jurídico como força de lei, não comporta a garantia da condição de saúde – é o sentido deslizando que faz furo no concreto.

Faz furo no concreto dadas às características do discurso do Direito.

O discurso do Direito é embebido do “dever ser” (Monte-Serrat, & Tfouni, 2012). A lei, nesse ínterim, age para além do saber, mas determina como “deve ser” a saúde e todos os dispositivos tanto de promoção, como de recuperação como de gestão dos serviços.

No artigo “Efeitos ideológicos da gramática do discurso do direito”, Monte-Serrat e Tfouni (2012) ressaltam que o discurso do Direito é fundado na Lei e traz no seu cerne a conceituação de igualdade – todos iguais perante a lei⁴¹ – todos assujeitados à condição de igualdade. Assim deve ser.

A saúde, concretamente ordenada pelo Estado democrático como um “direito fundamental do ser humano”⁴² e um dever do estado promovê-la, não seria uma abstração?

Com o direito a todas essas condições, garante-se a saúde?

Ademais, se é um **dever** do Estado, como caberia á população, conquistá-la nas suas lutas cotidianas?

Pois é o que diz o enunciado na Lei 8080/90:

Devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

A partir da força do objeto discursivo “saúde” na estrutura de significação jurídica, cria-se um efeito de sentido universal: é meta a saúde.

Há uma fixação de sentidos que são reapresentados em outros textos pela memória discursiva, até desembocar nas postulações de criação e regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde e no discurso (como efeito de sentido entre interlocutores)

⁴¹ Artigo 5º da Constituição Federal (1988).

⁴² Disposição geral da Lei 8080 (1990).

proeminente da materialidade oral (obtido das transcrições de supervisões entre supervisor e posição-sujeito-psicólogo-residente no seu campo de ação).

Como, então, pode-se pensar o efeito metafórico dessa ampliação do conceito de saúde?

Conjectura-se a partir dos gestos de interpretação implicados nesses processos discursivos, que a ampliação e o deslocamento da enunciação do objeto discursivo “saúde” para o campo externo (fortemente marcada pelo trabalho da ideologia) acaba por produzir sentidos também de condições externas como garantidoras do estado de saúde (como efeito discursivo).

A ampliação conceitual da saúde – intimamente interligada a condições sociais – procura ancoradouro nas postulações da lei: resoluções, portarias, criação de inúmeros órgãos, comissões e subcomissões regulatórias a fim de promover a gestão da saúde.

Há, aqui, também correlata manifestação de naturalizar uma visão de abertura do campo de abrangência da saúde, acarretando a possibilidade de controlá-la, controlando-se os fatores externos.

Causa estranhamento é que o texto (tanto o texto constitucional como a lei de criação do SUS) não faz qualquer alusão ao termo “doença”. Esse apagamento se repete nos textos da Residência Multiprofissional de Saúde. Ele é extirpado do texto: o termo doença passa à concretude, fazendo-se existir pela sua denegação.

Esse corte tenta extirpar a doença não apenas como possibilidade, mas parece que tal ato linguístico produzirá efeitos de fato discursivo, visto que as determinações e orientações do texto final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) reaparecem pela via da memória discursiva, no seu oposto: a invasão da adjetivação saúde à vida cotidiana, a exemplo da proeminência do termo na Lei 8080, de 1990, que regula as ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde, então, é focada na sua conceituação (que amplia o próprio espectro sobre o que é saúde) e nas práticas de gestão como práticas sociais (que, conseqüentemente, também são ampliadas em seus diversos dispositivos políticos e de controle).

4.4 A saúde e a doença como objetos discursivos

Saúde e doença enunciadas como condições distintas na tentativa de tornarem-se “objetos discursivos de talhe aparentemente estável” (Pêcheux, 2002, p.28). Um pelo relevo e outra pela exclusão.

Não obstante, esses objetos discursivos seguem sinalizando atravessamentos e equívocos e denotando a destituição do sujeito da enunciação do seu domínio de dizer; porque o discurso, como espaço de constituição de sentidos, busca fundamentalmente não fazer um com aquilo que se diz, permitindo identificações com espaços lacunares e zonas inconscientes. Ainda assim e por isso mesmo, conteúdos são silenciados, mimetizados, destituídos, implicados na resistência de controle do dizer e dos sentidos que eventualmente poderão advir no dito.

Essa destituição do domínio do dizer aponta, paradoxalmente, tanto para a assunção de um *implícito* como para uma fuga deste mesmo implícito (na tentativa de diferenciar, de escapar ao vazio constituinte do real do corpo pela via da uma redundância explicativa). Implícito, aqui, como para além das proposições não declaradas, mas inerente ao próprio dito “e que podem ser deduzidos logicamente de um enunciado efetivamente produzido” (Tfouni, 2003, p. 145).

Para o alcance do método, trata-se do que Ginzburg (1991) alcunhou como paradigma dos pormenores negligenciados, assim como Tfouni (1992) considerou o dado como indício de contextualização.

Ressalta-se ainda que o enunciado é tomado como um espectro de referência, sofrendo alterações imanentes ao próprio objeto discursivo.

Imerso na heterogeneidade discursiva do dizer ao iniciar com “a doença **é entendida** como”, a enunciação é invadida pela modalização autonímica de não coincidência do discurso consigo mesmo (Authier-Revuz, 1998, p. 22) habitada pelo discurso-outro e atravessada por um assinalamento de interdiscursividade face à flexão no verbo no particípio. Há um sujeito-outro no dizer, que dialoga com o enunciado e a enunciação.

Como forma nominal do verbo, o particípio não apresenta desinência modo-temporal ou número-pessoal, o que sua designação faz circular um apagamento do agente enunciador. Além disso, a não desinência número-pessoal procura fazer um com aquilo que se diz, de modo que o verbo no particípio é uma forma mais fixa, usada para todas as pessoas.

As tentativas reiteradas de separação e definição dos conceitos de saúde e doença dando-lhe o cunho de ampliação (ao definí-la como “estado dinâmico”) escusam-se, no discurso, seu condicionamento e aprisionamento histórico (na construção dos conceitos de saúde e doença), des-cobrando outras regiões do dizer que não oferecem a distância enunciativa de ineditismo pretendida.

A dinamicidade e ampliação na definição dos conceitos articulam-se com redes de significação que parecem ampliar o âmbito do individual para o coletivo. Entretanto, o modo de definição de doença (como **distúrbio**) e de sua causa (advinda de uma **falha de controle** de mecanismos de adaptação) insistem no discurso e evidenciam sentidos de filiações nas tentativas de ineditismo da idéia-enunciação.

Mas, afinal, qual o perigo da fala?

Análogamente: Qual o perigo da doença?

Ambas carregam o impossível do real, do domínio e do adestramento das infinitas possibilidades de lidar com a hiância, explicitam o buraco da incompletude e da falta.

Longe de retratar uma transparência, Foucault (2005) supõe que a produção do discurso no seio das sociedades possui uma função primordial: a de dominar o acontecimento aleatório. A produção do discurso, controlado, selecionado e redistribuído por procedimentos, etapas e modos de se fazer enunciar é uma tentativa de justamente conter esses perigos da fala, maquinar poderes e perigos, esquivando-se das inquietações que proliferam-se indefinidamente.

A definição discursiva de doença como “manifestação de distúrbio decorrente de falência de mecanismos de adaptação” (Silva, 1973, p. 31-32) coloca em cena memórias discursivas a respeito do que já se enunciou, outrora, sobre saúde e doença e seus mecanismos de controle.

Tranportadas em especial ao início do século XIX, com os ideais panópticos de uma sociedade disciplinar, o controle e ajustamento dos mecanismos faz manter a adequação dos estímulos que garantam essa condição (de saúde), de modo a propiciar uma adaptação **a mais perfeita possível** às condições de vida em dada comunidade humana.

A doutrina atuante nessas formulações dominantes, que aparecem imbricadas às redes de memórias (farejadas pelos vestígios que se deixam transparecer) estabelece uma relação que é traduzida pelo reverso da luta política e ideal de mudança. Tem, no seu avesso, o poder como flutuação do negativo (avesso que o move). Flutuação porque poder do qual se quer fugir e poder ao qual se quer apreender. Esse saber-poder marca e permite reverberações.

É a essa potência da memória discursiva tal qual “saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído” (Orlandi, 2013, p.31) que faz retornar o já-dito alicerçando o dizível, num entrelaçamento caleidoscópico, que concatena as díades desejo–falta e gozo-sintoma.

As formações ideológicas postuladas com o projeto da Reforma Sanitarista transitam no âmbito de prevenção de doenças, modelo que procurou suplantar o modelo dominante ditatorialmente curativo por um modelo sistêmico.

Decorrente desse ‘novo’ modelo Preventivo-Comunitário depara-se com estágios nivelados de prevenção e de atenção à saúde que priorizam a “promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano (reabilitação) e reabilitação”. (Paim, 1997, p. 12).

Esses espaços discursivos pré-estabelecidos demandarão práticas, agentes e garantias – também multi-profissionais, como se justifica na lei de criação dos Programas de Residência Multiprofissional (Lei n. 11.129, de 2005) para manutenção da igualdade, da liberdade, da segurança e da manutenção da vida, direitos garantidos no texto-chefe do estado democrático: a constituição.

Além da estratificação nos níveis de observação da díade saúde-doença, há claramente uma mudança na operacionalização e criação de dispositivos no campo da saúde que objetivam fazer circular e amparar essas premissas preventivistas. Esses dispositivos embasam a mudança do modelo assistencial tendo por objetivo e atribuição do SUS “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. (Lei n. 8080, de 1990, de criação do Sistema Único de Saúde art. 5º, inciso III), com retorno enunciativo e reafirmativo de ‘novo’ e ampliado conceito de saúde e doença.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) opera um deslocamento histórico importante ao destituir a saúde do parâmetro de condição abstrata e de fornecer todo um construto conceitual e organizacional do sistema de saúde, com vinculação aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e outras construções político-ideológicas que produzem rastros de significação na coalisão Psicologia-Saúde-Educação.

No relatório final, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) postula a saúde como direito, a garantia e manutenção desse direito pelo Estado, a necessidade do Estado em assumir explicitamente uma política de saúde integrada e com participação popular e a materialização de um Sistema Único de Saúde. Esse deslocamento histórico é pontuado porque invoca um marco enunciativo, promulgado pela força da Constituição Federal (1988).

Mas, professora, existia alguma coisa antes do SUS?

Perspicaz, essa foi a pergunta de uma aluna do Curso de Enfermagem na ocasião de uma aula sobre Psicologia e Saúde, no decorrer das investigações deste trabalho.

Qual a força da lei que faz apagar memórias e naturalizar o já-dado como sempre-dado?

Qual a dimensão da lei na opacificação do sujeito que claudica de seu desejo?

A imbricação Saúde-Educação surge no que tange à formação de recursos humanos para atuação preconizada pelas diretrizes do SUS, no conjunto de atividades aprovadas pela “Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação **permanente** em saúde”⁴³.

Essa Política de **Educação Permanente** figura na qualidade de estratégia que incentiva a formação de pessoal específico, “com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva à saúde para a garantia da qualidade da atenção à saúde” (alínea b da resolução 335/2003).

Com propósitos de “ordenar a formação de recursos humanos e de promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde incentivando a formação de pessoal específico **para dominar** tecnologias que qualifiquem profissionais” para atenção à saúde individual e coletiva (Resolução n. 335, de 27 de novembro de 2003), o Conselho Nacional de Saúde aprova, em Novembro de 2003, a *Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS*.

Tal resolução afirma a estratégia dos chamados polos de educação permanente em saúde e recomenda “esforços no engajamento das instituições de ensino na área de saúde do país” (Resolução n. 335, 2003, alínea 2).

⁴³ Resolução n. 335, de 27 de novembro de 2003.

A contextualização – congregação de pessoal qualificado (multiprofissionalidade) ocorreu cronologicamente anterior à Política de Educação Permanente e reaparece como já-dito.

Depreende-se, nesse sentido, alguns cruzamentos político-ideológicos (instituídos quer seja força de lei ou por dispositivos informacionais contemporâneos) partilhados-endossados socialmente que serão visualizados no sujeito da enunciação como redes de memórias, interligadas pelo fio intradiscursivo.

Dizer da inserção do psicólogo nesse contexto entremeado pela Educação e Saúde parte de uma oficialização assaz curiosa e sinalizadora de própria legitimação do psicólogo caracterizado como profissional de saúde, no ano de 1998, com aprovação da Resolução no. 287 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

“Homologo a Resolução CNS no. 287, de 08 de outubro de 1998, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.” (Resolução CNS n. 287, 1998, p.1).

O texto da Resolução n. 287 (1998)⁴⁴ objetiva:

I – Relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho:

- 1. Assistentes Sociais;**
- 2. Biólogos;**
- 3. Biomédicos;**
- 4. Profissionais de Educação Física;**
- 5. Enfermeiros;**
- 6. Farmacêuticos;**
- 7. Fisioterapeutas;**
- 8. Fonoaudiólogos;**
- 9. Médicos;**
- 10. Médicos Veterinários;**
- 11. Nutricionistas;**
- 12. Odontólogos;**
- 13. Psicólogos; e**
- 14. Terapeutas Ocupacionais.**

⁴⁴ Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm.

A consideração dessas categorias profissionais como **profissionais de saúde** é justificada pela noção de saúde ampliada e de direito postulada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde. A concepção de integralidade da atenção à saúde é enunciada como avanço e faz de todos esses profissionais transformarem-se em profissionais de saúde.

Os fragmentos acima remontam, por decreto, a delegação de competência como uma naturalização do já-posto, sugerindo que o acontecimento – inserção do psicólogo como categoria “apta” e “competente” à atuação nos trâmites do Conselho Nacional de Saúde – é natural e transparente, donde se apaga uma espessura ontológica e histórica da constituição da psicologia como saber permeado de referências no campo também das Ciências Humanas – advindas de pontos e contrapontos com a Filosofia, Antropologia, Linguística, Sociologia, Educação e outras áreas.

Esse apagamento a retira de uma possível posição de interpelação-reflexão e a remete a parâmetros de universos logicamente estabilizados, como o das ciências-régias (bem próprio às Ciências da Saúde, Ciências Biológicas).

Como efeito de sentido, faz cristalizar a certeza de uma apropriação subjetiva de conhecimentos que, por ora nomeados-competente, garantam “a inserção qualificada dos jovens profissionais de saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde”. (Parágrafo 1º, art.13, da lei 11.129/2005 quanto à promoção de mudanças nas práticas de formação).

Essa univocidade discursiva pretendida (psicologia-saúde-educação) é apresentada pela aderência da materialidade do enunciado na forma de Lei, em 2005, que cita:

Art.13. Fica instituída a residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. (Lei n. 11.129, 2005, Art.13, p.3)

Constam, nesse recorte em negrito, exceções.

Importantes exceções.

Embora admitidas e citadas (no art. I) no rol de categorias de nível superior para atuação, excetuam-se, na resolução do CNS 287, de outubro de 1998, os seguintes profissionais: assistentes sociais, biólogos, biomédicos e médicos veterinários, “cuja

caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais e aos Conselhos de Classe dessas categorias”. (art. II).

E no Art. 13, da Lei 11.129, de junho de 2005, excetua-se pelo apagamento citatório ainda a categoria médica.

Vê-se, nesse espaço de evocação, uma sinalização de tensão discursiva quando se articula a exceção. Frente à tentativa de retomar o controle do dizer referindo-se à exceção ou à condicionalização de outras categorias profissionais para aturem no CNS, surge um apontamento sobre a classe médica, a qual não se menciona.

Seria a classe profissional médica a própria saúde? Estaria essa posição-sujeito-médico em uma condição-outra que não profissional? Mítica? Para além da educação permanente, mas pelo estado permanente de educar (polo do educador)?

Desdobram-se desses, sentidos-outros evocadas na justificativa do assento da categoria profissional de psicólogo. Categoria agora elencada-eleita por decreto e competente a assumir e atuar frente ao Conselho Nacional de Saúde.

Por decreto, essa transparência de sentido é naturalizada e proliferada. O discurso relatado supõe um compartilhar já estabelecido – por isso não questionado. Apoiado nesse sujeito-“origem”, natural, neuronal, social, instituído, Authier-Revuz (1998) observa que “é possível considerar que as formas de representação que os enunciadores têm de seu próprio dizer sejam um reflexo direto do real do processo enunciativo” (p.169), em contraposição ao sujeito-“efeito”, não possuidor do controle do dizer.

Esse sujeito-“origem”, denominado por Authier-Revuz (1998) é ainda mais proeminente no texto da Constituição (1988).

Elenca-se, como elemento circunstancial e primeiro ponto de análise um recorte da Constituição de 1988, que é seu preâmbulo.

Nós, **representantes do povo brasileiro**, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, **destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos**, fundada na harmonia social e **comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias**, **promulgamos, sob a proteção de Deus**, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. [grifos meus].

Os **representantes do povo brasileiro** na primeira linha da enunciação da Constituição (1988) elegeram, defenderam e promulgaram a Constituição embasada em

“valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, ... sob a proteção de Deus”; assim fala, introduz o Estado de Direito Democrático.

O primeiro ponto de análise é o enlace dos termos jurídicos da lei, **por representação** (tendo o contexto de Assembleia como representação do povo brasileiro) de eleger e promulgar os certames constitucionais e seus valores – **supremos** – fundados na harmonia social e na **ordem (interna e internacional)** reafirmada pela força divina: **sob a proteção de Deus**.

Esse fato linguístico salta do texto como materialidade valorativa que parece apontar para as condições de produção dos discursos vinculados ao modelo associado.

Ocorre que, em oposição ao caráter pungente do cerceamento das liberdades e da promulgação de diversos atos institucionais (conhecidos como AI's) nos ditos anos de chumbo, o período democrático faz-se notar por uma série de Leis, Portarias, Resoluções e outros atos de Direito que se postam a reassegurar a liberdade e as garantias individuais dessa nova configuração. Mas a enunciação traz no seu íterim um movimento discursivo de tentativas reiteradas de controle da realidade pela reafirmação dos sentidos do controle do dizer, principalmente modalizadas no pronome pessoal **nós**. Essas ilações são articuladas nas enunciações de **representação** – em oposição à imposição; valores **supremos** – a enunciação de supremo faz jogar com a significação de para além do humano. Inclusive Bueno (1991) traz na definição de supremo aquilo: “que está acima de tudo; relativo a Deus; derradeiro; superior...” (p.642). A questão da ordem – reafirmada pela **interna e internacional e sob a proteção de Deus** prescinde uma extirpação de qualquer desordem – interna ou externa, caso assim pudera-se dizer.

O enunciador fixa explicitamente um sentido (de **representação, valor, ordem, proteção**) na tentativa de formar Um com ele. É essa a assertiva da posição metaenunciativa do enunciador, “**posição** metaenunciativa ocupada pelo sujeito que representa acima do seu dizer, como que sob o domínio de um **imaginário da enunciação**” (Authier-Revuz, 1998 p. 170) que a promulgação ficará discursivamente operando na construção do estado democrático.

Essa discursivização promulgada antes da promulgação – redundância a fim de enlevar a análise – baliza a fixação de sentidos na ampliação do conceito de saúde (e inclusive de enunciação-extirpação do discurso sobre as doenças) e no que tange às forças continuadas

(de educação permanente e de gestão) que compõe o SUS. Por conseguinte, os programas de residência multiprofissional também operam significantes relevantes na posição-sujeito-psicólogo-residente mediante prerrogativas de **representação, valores supremos, ordem e proteção de Deus** – nas tentativas de fixação de sentidos para formação do Um consigo.

Ocorre que, o próprio desdobramento ao ponto de reflexão da uma unidade por meio de uma caracterização univocizante desse sentido a ser explicitado no dizer já aponta, por constituição, uma cisão da evidência do próprio Um das palavras e de seu sentido no dizer. (Authier-Revuz, 1998).

O modelo de multiprofissionalidade mostra-se imerso nas construções garantidoras de valores “pluralistas e sem preconceitos”, com vistas à “harmonia social” (Constituição Federal, 1988) e também se faz presença por uma série de Leis, Portarias, Decretos e Resoluções já citadas anteriormente.

A caracterização univocizante desse modelo de multiprofissionalização constrói um potencial de sentido único a partir da fusão ao multi, e tem sua incursão no campo da saúde também por medida de lei, mas depreende-se da sua instauração e faz dela (da lei) sua tentativa de legado, de vocação.

Enfim, quais significantes são designados e correlacionados na enunciação da posição-sujeito-psicólogo-residente no âmbito da prática exercida, ou seja, no campo de ação desse sujeito delineado pela lei, pelas condições de produção discursivas e pela possibilidade de vir-a-ser do sujeito da psicanálise (ser faltante)?

É o que objetiva-se na interpretação e análise das materialidades orais.

5. NARRAÇÃO, PRÁTICA CLÍNICA E SUPERVISÃO: DISCURSO E ANÁLISE DA MATERIALIDADE ORAL

Como é realmente a cidade sob esse carregado invólucro de símbolos, o que contém e o que esconde, ao se sair de Tamara é impossível saber. Do lado de fora, a terra estende-se vazia até o horizonte, abre-se o céu onde correm as nuvens (Calvino, 1990, p. 12).

Transcorrida análise de recortes dos processos de enunciação das materialidades escritas na forma de lei, propõe-se agora análise discursiva da posição-sujeito-psicólogo na prática clínica, ou seja, no contexto de narração do seu fazer, no contexto de supervisão.

Tal como Calvino (1990), imerso na cidade dos símbolos para advir às Cidades Invisíveis, o intento é acompanhar os processos de enunciação e de posicionamento do sujeito no discurso a partir de um não saber, pautando-se na Ética da Psicanálise⁴⁵ e em vestígios de escapes de sentidos no seio das transformações discursivas.

Além do que, “enunciação que se denuncia, enunciado que se renuncia a si mesmo, ignorância que se dissipa, oportunidade que se perde, que resta aqui senão o vestígio do que realmente é preciso que exista para cair do ser?” (Lacan, 1966/1998b, p.816).

Foram realizadas três gravações de supervisões, transcritas e consideradas como materialidade oral⁴⁶.

As transcrições referem-se às supervisões realizadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) em modalidades variadas, com número total de 05 participantes (psicólogo-residentes) e 03 supervisores (também chamados pelos programas de residência multiprofissional de preceptores).

A primeira supervisão transcrita⁴⁷ foi realizada na modalidade grupal (com dois supervisores e dois psicólogos-residentes) de atendimentos ocorridos na urgência e

⁴⁵ A Ética da Psicanálise para Lacan (1986/2008b) está para além “do signo de objeto da toca regulada”(p.94) da lei moral; a ética da Psicanálise trata do universo de falta do sujeito desejante, ao qual cabe ao analista ser causa de desejo e não ordenador do bom caminho para o outro. Logo, “A Ética da psicanálise não é a Ética do Bem” (Moretto, 2005, p.53).

⁴⁶ Metodologia aprovada pelo Comitê de Ética, conforme Ofício, ANEXO I.

⁴⁷ APÊNDICE E.

emergência (Pronto-Socorro). A supervisão 2⁴⁸ foi realizada na modalidade individual (um supervisor e um psicólogo-residente) relacionada à prática na Oncologia e a supervisão 3⁴⁹ realizada na modalidade grupal (um supervisor e dois psicólogos-residentes), cuja prática versa sobre os Ambulatórios de Nutrição Clínica e de Clínica Médica.

A participação de todos os psicólogos-residentes e supervisores (preceptores) foi voluntária, com celebração de termos de consentimentos específicos⁵⁰ e a escolha foi não determinística (tanto de local de atuação como de modo de supervisão, número de participantes). A análise se processou por saturação qualitativa mediante recortes tomados como unidades discursivas. A metodologia acompanhou as qualidades do objeto de investigação: sujeito cindido e paradigma indiciário e objetivou a análise das peculiaridades da posição de sujeito no discurso.

Reitera-se que a análise é da relação posição-sujeito no discurso e não do indivíduo-eu, construção imaginária de alienação discursivante; a análise não é estanque do psicólogo ou do supervisor como unidades objetiváveis – por isso os recortes serão analisados conversando entre si e em relação às condições de produção, formações ideológicas/imaginárias, designação de significantes, desejo, gozo, verdade e saber.

Considera-se que o que sujeito que fala, fala de uma posição em relação ao Outro, que constitui o modo desiderativamente (pela via do desejo) de implicação com a realidade. Daí a relevância da palavra no discurso – por marcar a posição de sujeito e por fazê-lo se localizar na realidade a partir da posição que ocupa na estrutura de enunciação.

5.1 O lugar da palavra no discurso

Para a imersão nas materialidades orais (o que se fala, como se fala e o que se diz – o que não é necessariamente correlato) é preciso pensar, particularmente, no lugar de que se fala.

Cabe, então, interlocução no tocante à prática clínica e à narração.

⁴⁸ APÊNDICE F.

⁴⁹ APÊNDICE G.

⁵⁰ APÊNDICES C e D.

A clínica, para a Psicanálise, é o campo de enunciação de um Sujeito. Parte do que inaugura o sujeito de linguagem: atravessado pela lógica do inconsciente. Esse Sujeito é constituído para além da noção do eu cartesiano: o é também onde não se pensa. É colocado em suspensão (S) por se diferenciar do indivíduo.

Lacan, – em releitura dos fundamentos freudianos – afirma que “o inconsciente, a partir de Freud, é uma cadeia de significantes que em algum lugar (numa outra cena), escreve ele, se repete e se insiste para interferir nos cortes que lhe oferece o discurso efetivo e na cogitação a que ele dá forma” (Lacan, 1966/1998b, p. 813).

O campo da prática clínica é, nesse sentido, campo de enunciação significante e faz funcionar a língua como aparato de linguagem e como conjunto de relações, posto que imersa em cadeias de interlocuções: da língua com a história, da língua com o inconsciente (*lalangue*), da língua com o tempo e com a enunciação.

A clínica, por excelência, é o campo que trata desse Sujeito-cadeia significante e que abarca tanto o enunciado como a enunciação⁵¹.

O Sujeito é efeito do registro das vivências e enunciações a partir do símbolo – logo, no plano Simbólico.

O registro do Simbólico, como dimensão lacaniana, “tem, na linguagem, sua expressão mais concreta: é o âmbito das palavras e suas consequências na constituição do ser humano, chamado tautologicamente de falante por depender sua qualidade humana do fato de falar” (Cesarotto & Leite, 1984, p.60).

Por isso o Sujeito é consequência do significante, e está regido pelas leis do Simbólico. Para Lacan, portanto, a causa do Sujeito é a estrutura do significante. O Sujeito não é uma sensação consciente, uma ilusão produzida pelo Eu, senão que é inconsciente, e por isso não é o agente da fala, suporte da estrutura, mas descentrado, acéfalo, dividido, evanescente. O Sujeito na psicanálise é explicitamente diferente da consciência, portanto é um Sujeito não fenomenológico. Não é uma categoria normativa, ele é uma categoria clínica, e não remete a uma totalidade (Leite, 2000, p. 174).

No Seminário, Livro 1: *Os escritos técnicos de Freud*, Lacan (1975/1986) explica o sistema simbólico como dotado de uma propriedade denominada de *Verschlungenheit*. Essa propriedade possui como característica o entrecruzamento linguístico e a complexidade de sobre-determinações oposicionais (elementos significantes em oposição). A *Verschlungenheit*,

⁵¹ As demarcações conceituais entre enunciado e enunciação serão explicitadas oportunamente no decorrer deste capítulo.

pela palavra, age combinando um sistema de ambiguidades “ao mesmo tempo em vários registros” (Lacan (1975/1986, p.68), fazendo dos significantes encadeamentos em construção-desconstrução contínua.

Essa propriedade de entrecruzamento linguístico, marcada pelo sistema de ambiguidades, configura o próprio sistema de linguagem e mostra – a todo instante – que se diz mais do que se pensa dizer.

A palavra ambígua, como formação do inconsciente na clínica, revela ao indivíduo (*Je*) o estranhamento e chama-o a constituir-se sujeito barrado (\$).

É a palavra que instaura na realidade a mentira. E é precisamente porque introduz o que não é, que pode também introduzir o que é. Antes da palavra, nada é nem não é. Tudo já está aí, sem dúvida, mas é somente com a palavra que há coisas que são – e coisas que não são. A palavra é, por essência, ambígua. (Lacan, 1975/1986, p.261)

Se é da essência da palavra ser ambígua, é essa peculiaridade que sustenta a psicanálise. É da palavra ambígua, da palavra que faz furo no real, que tange o impossível que a psicanálise se interessa – é pelo sujeito efeito de significante e em estado de fenda ou *Spaltung* (Lacan, 1966/1998c).

A prática analítica converge, desse modo, para a fantasia do sujeito que se analisa e para a posição que o analista ocupa (a priori de Suposto Saber e, ademais, de não-congruência ao desejo, mas causa de).

Na clínica psicanalítica, “o lugar que o analista ocupa não pode ser de objeto que proporciona gozo, satisfação, pois essa é uma posição impossível de se sustentar. O seu lugar é de objeto, mas objeto causa de desejo” (Moretto, 2005, p.34).

Embora a primeira clínica lacaniana⁵² priorize o registro do Simbólico, seus ensinamentos subsequentes⁵³ desdobram em referência aos três registros: Imaginário, Real e Simbólico. Ou seja, a estrutura significante se funda na borda da estrutura dos três registros, “três dimensões do espaço habitado pelos seres falantes, como é revelado pela experiência analítica” (Cesarotto & Leite, 1984, p.59).

⁵² Em relação ao primeiro ensino de Lacan, considera-se a demonstração do sentido como funcionamento estruturado nas plataformas metáfora-metonímia (Leite, 2000).

⁵³ Sobre os ensinamentos de Lacan e as perspectivas teóricas correspondentes, consultar Cesarotto & Leite (1984, pp.51-71).

Além do mais, é na articulação entre pensamento e palavra (quando a palavra serve de articulação ao pensamento) que surge o sujeito como desejante nas entrelinhas – porque faltoso, falta a ser, fala-ser. (Santana, 2011).

A narração empenha um modo e uma implicação discursiva de abordar e de ser abordado por posições ideológicas e imaginárias, pela sujeição do eu ao campo do grande Outro lacaniano e pelo Real⁵⁴.

A constituição do Sujeito Significante⁵⁵ implica necessariamente uma hiância, uma descontinuidade nos sentidos já-dados, uma falta que marca, barra e faz surgir esse sujeito desejante na linguagem.

É em *A subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano*, tal qual obtempera Lacan (1966/1998b), que a análise vai operar mediante furos no sentido da relação entre o significante e aquilo que o determina, de modo que o sujeito do inconsciente é “justamente aquele que se divide a transparência do sujeito clássico” (Lacan, 1966/1998b, p. 815).

A estrutura de hiância do inconsciente, dirá Lacan, é pré-ontológica, pois não concerne ao ser, nem ao não-ser, mas ao não-realizado. Aqui, o inconsciente freudiano pode ser definido, em termos de sujeito, como falta em ser, vazio desejante, ou como *want to be*, da tradução inglesa, um querer ser. Em suma, a linguagem dá ao inconsciente sua estrutura, legisla seu funcionamento. Mas o sujeito aí se inscreve, fazendo um furo nessa estrutura, na combinatória significante, ou seja, inscreve-se como falta. (Riaviz, 1998, p.48).

Além de contar fatos e acontecimentos, a narração está vinculada à posição do sujeito no discurso, ou seja, os enunciados estão, para a AD e para a psicanálise lacaniana, (cada um a seu contexto) impregnados de formações ideológicas e de memórias discursivas que remetem a lugares específicos de saber e de verdade na complexa rede de significantes.

A narrativa oral (método preponderante nas supervisões clínicas no campo da Psicologia) dá voz à dialética da experiência do psicólogo-residente no ofício de escuta-intervenção no campo hospitalar. Mas não apenas.

⁵⁴ “O Real é o que é, além de qualquer interferência humana, independe de outros registros” (Cesarotto & Leite, 1984, p.62).

⁵⁵ Para a psicanálise, a constituição desse Sujeito se fará por operações estruturantes, ou operações-causação como alienação, separação e identificação, na passagem pelo Complexo de Édipo e Estágio do Espelho (Lacan, 1949/1998a). Esses processos são trabalhados por Lacan (1966/1998b) nos textos: *Posição do Inconsciente* (pp.843-864) e *Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise* (pp.807- 842). Consultar ainda Riaviz (1998).

A narrativa contém a complexidade enunciativa de um narrador que busca vencer (vencer o real) e que é interpelado pelo estranhamento de sentidos que se deslocam no dizer e nas cadeias significantes (num movimento de pulsação, abertura-fechamento peculiar ao sujeito da psicanálise).

Segundo Benjamim (1985), a narração é uma forma artesanal de comunicação e “ela não está interessada em transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele”. [grifos do autor] (p. 205). Assim, a narração possui relevância porque, na sua tessitura artesanal, estampa a marca da alteridade (e não da generalização), de modo que é produtora e produto de descentramento e reposicionamento discursivo.

Sobre o sujeito descentrado, há distanciamentos e aproximações entre a AD e a psicanálise lacaniana. Sobretudo, ambas versam e constroem seus modos de interpretação da realidade assentadas na insuficiência e na incompletude do eu.

Para a AD, o sujeito é enlaçado pela sua posição de materialidade histórico-linguística, sendo este deslocado da sua posição de domínio de dizer. É interpelado, nesse ponto, tanto pelo real da língua como pela ideologia e formações imaginárias, com contribuições acentuadas de Pêcheux (1997) sobre os esquecimentos⁵⁶ que norteiam essa ilusão.

Além do mais, o sujeito da linguagem é invadido pelo chamado discurso-outro – ou primado do outro sobre o mesmo, que diz respeito à heterogeneidade discursiva. Esta, por sua vez, gestada no espaço de não coincidência do dizer, onde o sentido fala “se não o de não ser um”. (Authier-Revuz, 1998, p.26).

A heterogeneidade discursiva explicita a dessemelhança no seio da estrutura do discurso.

Há um outro dizer que se controverte, se contra-diz, que é prevaricador da unidade, tendo no seu intradiscurso interfaces com o sujeito do inconsciente, lacaniano.

Assim é que, fundamentalmente, as palavras que dizemos não falam por *si*, mas pelo... ‘Outro’: Outro que abre o discurso sobre sua exterioridade interdiscursiva interna, a nomeação sobre a perda

⁵⁶ O esquecimento número 1 diz respeito à ilusão de controle do dizer (indivíduo como produtor do dizer) e o esquecimento número 2 das tentativas reiteradas de conter a deriva neste dizer. Ambas mantêm, segundo Pêcheux (1997), uma relação concomitante de desigualdade e de indissociabilidade, considerando que o primeiro opera mediante o recalque (processos inconscientes) e o segundo mediante processos pré-conscientes e conscientes.

relativamente à coisa, a cadeia sobre o excesso de sua ‘significância’, a comunicação sobre a abertura intersubjetiva e, no total, a enunciação sobre a não-coincidência consigo mesmo do sujeito, dividido dessa enunciação” [grifos da autora]. (Authier-Revuz, 1998, p.26).

É a partir dos esquecimentos que esse sujeito descentrado de seu dizer e desse dizer invadido pela sua heterogeneidade (para a AD) e face ao Sujeito Significante lacaniano que pode se construir interfaces na análise das materialidades e situações nas quais se considera essa posição-oposição ao sujeito cartesiano.

Dentro do que será percorrido nas materialidades orais, cabe acentuar que a palavra é cara à psicanálise também porque nela encerra a dupla inscrição de sujeito: do Eu (*Je*) e do inconsciente, do dito e do dizer, do enunciado e da enunciação. É por marcar a existência do sujeito que ela, a palavra, lhe é tão cara (Moretto, 2005).

Os processos de enunciado e enunciação geram sujeitos singulares pelo seu modo particular de constituição (barrados, faltantes e desejantes) e de funcionamento frente à linguagem e à inserção na estrutura de discurso.

O sujeito da psicanálise, *Spaltung* (dividido pela ordem do significante) é falado pelo por aquele Eu(*Je*) que diz. Assim, “a linguagem que faz advir o sujeito como \$ é uma máquina de fala que, como tal, deve se relacionar com a estrutura do discurso.” (Dor, 1989, p.15).

É a partir dessa articulação do discurso com o sujeito falante (no liame do enunciado e enunciação) que outras relações se estabelecerão: como a relação com o desejo e com o inconsciente.

Na psicanálise, o enunciado é uma perspectiva na qual se coloca no discurso o Eu (*Je*), “natureza do representante que presentifica o sujeito em seu enunciado e que designaremos, em especial, como Sujeito do enunciado” (Dor, 1989, p.117)⁵⁷.

É este espaço de apresentação-ocultamento, espaço de hiância revelado pelo campo de análise que se considera a prática clínica: permeada pelo tensionamento entre o sujeito do enunciado e sujeito da enunciação.

⁵⁷ Dor (1989) ainda esclarece que o eu (*Je*) também aparece camuflado pela ausência nas colocações às quais pretendem eliminar ou negar a outorga falante (como quando o enunciado possui pronomes impessoais por exemplo), cujo objetivo é pretender uma distância enunciativa. Há, nesse sentido, aparecimento por denegação, ocultamento, opacidade.

A escuta e a intervenção da posição-sujeito-psicólogo-residente nos programas de residência multiprofissional se processam, à princípio, neste campo de prática clínica: de escuta e de demanda⁵⁸.

A clínica é, pois, indissociada da tensão narrativa ao passo que esse é o campo habitado pelo processo de narração (operado pela palavra) e pela resistência na conjunção enunciado/enunciação (operada pela ruptura, pela fenda).

Para a análise de discurso, o enunciado é configurado a partir da posição de sujeito em relação à outra, ou seja, o enunciado é “como um conjunto de formações imaginárias do sujeito e seu interlocutor e do assunto de que se fala.” (Maestrelli, 2010, p. 46). Assim, possui caráter essencialmente relacional, pois só existe em relação a outro enunciado.

Segundo Maestrelli (2010), já a enunciação é *acontecimento de linguagem* e não ato individual (mera ilusão de cerceamento do dizer); por isso, possui como característica a repetição e, mesmo por repetição, pode (no seio da organização das formações discursivas), irromper novos enunciados, produzindo, por sua vez, novos sentidos.

O sujeito de enunciação, por sua vez, renova e atualiza em representante o sujeito do enunciado. Recai no que Lacan (1970/1992b) pondera sobre a dicotomia entre o dito e o dizer no interjogo com a verdade.

Mesmo advindo pela linguagem, o dito nunca diz tudo; ao mesmo tempo que tudo é meio-dito.

Por isso a verdade é um meio-dizer. E é na linguagem, a cada vez que se fala, que está aí reproduzida a castração: na porção não-dita que se escusa, que aparece em negatividade.

No recorte, a negatividade é objetualizada:

S: Então, vamos começar que já tem o gravador aí né...⁵⁹

O sujeito do enunciado se apressa em começar a supervisão, já que se estava gravando. O enunciado diz do que se trata e também expõe, em seguida, o que tenta esconder (fazendo-se enunciação).

⁵⁸ De modo que, para a Psicanálise, só existe demanda se existe analista (causa de desejo).

⁵⁹ APÊNDICE G (p.182).

R: Vamos, então, eu trouxe o caso da Joana... precisa retomar a história dela?⁶⁰

Essa indagação produz questionamentos sobre a relevância da história no relato e a posição de sujeito que a propõe tomá-la (a história) em consideração.

O que se retoma – ou se pretende retomar com a historicização?

Ora, que história é ponto-de-partida na narrativa, não se pode negar. Mas como apreendê-la senão pela própria posição de sujeito? O que opera em negativo é a fuga da mortificação que o dizer enreda.

Porque a narração também é ponto de morte; prescinde de uma voz viva-morta pois o sentido é fugaz, morre, perde-se ao ser dito.

Giorgio Amgaben, no *Seminário sobre a Linguagem e a Morte* trabalha as relações essenciais da linguagem e da morte interrogando a tradição ocidental e os pensamentos filosóficos para situar a negatividade do ser falante e mortal. Ele coloca que “aquilo que é, portanto, indizível para a linguagem, nada mais é do que o próprio querer-dizer ... mas este não-dito, em si, é simplesmente um negativo...” (Amgaben, 2006, p.28).

Sobre a negatividade e a linguagem, há um a pertinência essencial da negatividade à linguagem, de modo que todo não-dito possui fundamento do que chama de *Voz*⁶¹.

Há algo, nisso, que fala.

No entanto, a *Voz* não opera por nenhuma proposição significativa, não significa falar ou calar; ela existe para consentir que a linguagem tenha lugar como “evento originário”⁶² tal qual a morte (só existe como evento originário, absoluto, não representável).

“O homem é aquele vivente que se suprime e, simultaneamente, se conserva – como indizível – na linguagem: a negatividade é o modo humano de *ter* a linguagem” [grifos do autor] (Amgaben, 2006, p. 116).

Na tentativa de capturar o ser impessoal, há um sujeito interpelado pela definição, pela ilusão da captura do impossível do real, sujeito interpelado em gozo pela letra (l'être = o ser).

O relato da história ou do processo de historização se faz no Ocidente por clivagens e estratificações de marcação do tempo (passado/presente, Idade Média/Antiga, etc). Tal

⁶⁰ APÊNDICE G (p. 182).

⁶¹ A *Voz*, para Amgaben, “é vontade, puro querer-dizer. O querer-dizer que está em questão na *Voz* não deve, porém, ser interpretado no sentido psicológico, não é algo como um impulso nem indica a volição de um sujeito que vise um objeto determinado.” (Amgaben, 2006, p.118).

⁶² (Amgaben 2006, p. 119).

estratificação tem por função tentar organizar a experiência do indivíduo ou grupo “que se robustece com aquilo que exclui (é a criação de um lugar próprio) e encontra sua segurança na confissão que extrai de um dominado (assim se constitui o saber de/sobre o outro em ciência humana)” (Certeau, 1982, p.15-16).

De onde retomar? Da história de Joana – que implica também uma demarcação de lugar. O eu (*Je*) **sabe** a história de Joana (e vai retomá-la). Há a instauração de uma posição de sujeito no discurso: Um que sabe, que possui a história de Joana. Contudo, essa posição é também em relação. Sabe da história de Joana porque também há uma posição de Joana: Joana-paciente⁶³.

Enfatiza-se o significante gravador cindindo-o: grava – a – dor.

O gozo, o dito busca-se absolutizante; mas o gravador grava a dor de ser sujeito barrado pela inacessibilidade à história totalizante.

O dito diz mais da estória/verdade em relação à história e a função gravador opera como significante que conduz à produção de um saber: saber como gozo do Outro.

Esse significante opera também pelo seu inverso: se captura o gozo, captura o furo.

O gravador grava tudo, reescreve a história e a estória: (a)grava-dor. O significante emerge e controla o dizer como efeito metafórico, criando equívoco da palavra como aquilo que contém e escapa, fazendo furo no real.

Então, obtém-se como resposta:

S: Acho que pra gravação é bom, se você puder. ⁶⁴

Aqui há um sujeito escuso explícito: para a gravação de quem? O gravador confunde-se com quem escuta. Há um discurso-outro no interior da enunciação.

Quem está sendo capturado? O que o dito agrava e assevera no enunciado é a grife do sujeito da enunciação – a deriva.

O S₁ (significante mestre) é interveniente, “intervém numa bateria significante que não temos direito algum, jamais de considerar dispersa, de considerar que já não integra a rede do que se chama um saber” (Lacan, 1970/1992b, p.11).

⁶³ Nuances de posição de sujeito no discurso de mestre, ou discurso médico (a ser tratado mais adiante).

⁶⁴ APÊNDICE G (p.182).

Para Lacan (1970/1992b), os lugares pré-interpretam e que esse significante gravador pre-tende representar ao saber senão sendo o saber gozo do Outro? Saber como o dito que o sujeito do enunciado acha que satisfaz, que completa o Outro e que nada mais é senão inscrições do próprio Eu (*Je*) ?

“O saber é coisa que se diz, que é dita. Pois bem o saber fala por conta própria – eis o inconsciente” (Lacan, 1970/1992b, p.66).

Nesse sentido, a verdade desfila na estrutura como meio-dizer.

Lacan afirma, no artigo *Édipo e Moisés e o pai da horda*⁶⁵ que “a verdade só se sustenta em um semi-dizer” (Lacan, 1970/1992b, p.103) e que a nomeação da **verdade** se difere em essência ao fato de ser verdadeira ou ser falsa. [grifo nosso]

É importante repensar que Lacan realinha a verdade (como semi-dizer) ao mito (e a toda ficção que se diz dele/nele).

Há, aqui, a busca de uma captura totalizante da história de Joana, não como mito ou ficção, mas como reprodução límpida e transparente de uma história verdadeira que se capturou, estando o sujeito enunciador apartado dessa verdade, que aparece senão como fiel guardião do significante gravador.

A história de Joana é Joana? Contar a história de Joana grava a fidedignidade da narração? A história **verdadeira**? Enfim, há uma história verdadeira, absoluta? E quem a detém?

A história é mito e tem, na psicanálise, função de verdade porque implica a posição de sujeito no discurso, com todas as relações e giros possíveis. A história não é dada, é construída inclusive pela posição de quem a conta.

No entanto, o movimento de garantir a verdadeira (a história verdadeira) pela possibilidade da gravação desnuda o sentido da obturação pretendida. O sujeito está, por dizer, representado pelo semblante (no lugar de eu); pelo lugar de quem comanda e dirige o dizer.

Meia verdade, porque o gravador também grava a mentira, a palavra furada, o *non-sense* – o impossível que escapa.

Sem pretensão, expõe a verdade de sujeito barrado (\$) do discurso do sujeito de enunciação (tal qual abordado pela psicanálise lacaniana).

⁶⁵Lacan (1970/1992b, pp. 95-110).

É pela narração, por certo, pela estória ou história que pode advir o enlaçamento do sujeito no discurso e de seu posicionamento perante a construção da realidade, ao passo que a enunciação desvela também seu oposto (o que não se diz).

Há sempre o que não se diz e nisso reside verdade: o sujeito cindido, o processo de enunciação, a produção de um resto. A verdade é isso e ela precisa dizer-se. E ela não se diz toda – ela é da ordem do impossível.

“É justamente por esse impossível que a verdade provém do real” (Lacan, 1993, p.11), ou ainda, toca o real sem apreendê-lo.

A forma, o talhe, o modo do semi-dizer se dizer é inconsciente e inscreve-se no real como (im)possível. E é verdade porque instaura a falta (dando suporte ao objeto a), causa de desejo.

O inconsciente emerge no dizer, ao passo que no dito a verdade do sujeito se perde por somente aparecer sob a máscara do sujeito do enunciado, onde ela não tem outra saída para se fazer ouvir senão se meio dizer (Dor, 1989, p. 118).

Sobre a posição-sujeito-psicólogo-residente, cabe abordar o discurso do mestre como ponto de entrada a partir do modo de sujeito apresentado no giro discursivo pela sua dupla inserção: enunciado-enunciação.

O enunciado da posição-sujeito-supervisor: **“acho que pra gravação é bom”** faz deslizar outros sentidos que recolocam o supervisor em uma posição-sujeito de gravar a ação, de controle e super-visão que estabelece novas relações, enoda e redireciona a posição-sujeito-psicólogo-residente mediante transferência (passa da posição de mestre a universitário – sedento de um senhor e permeado pela ética da moral: **o que é bom**).

Essa realidade enunciativa de dupla inscrição tangencia e produz outros modos de relação com o desejo, que se fez observar especificidades no laço supervisor-residente⁶⁶.

Partindo da premissa de que não existe nem exatidão, nem compreensão, nem garantias no campo humano, resta olhar para o sujeito falando pelo grande Outro, operação marcada por inscrições e identificações com o traço⁶⁷.

⁶⁶ Esse laço supervisor-residente se pretende analisar sob a ficção sobre o que se faz, quando se faz supervisão.

⁶⁷ O traço é, na psicanálise lacaniana, uma injunção que emerge perante o apagamento do objeto; nisso, surge o traço que marca a divisão do sujeito e o constitui significante pela via simbólica. “O traço unário é, portanto, significante não de uma presença, mas de uma ausência apagada que, a cada volta, a cada repetição, presentifica-se como ausência”. (Rinaldi, 2008, p.61). O traço é o bastão da identificação, que não é fazer-se idêntico, mas congruente na posição de representar um mesmo significante (Lacan, 2003a).

5.2 Discurso médico e posição-sujeito-psicólogo-residente na prática clínica

As transcrições das supervisões evocam processos de enunciação em contextos bem específicos que trabalham como regras nas formações discursivas.

A repetição do discurso médico⁶⁸ (como algo do real que não é representável) é marca constante e funda o sujeito nessa posição-psicólogo-residente, traço unário assinalado pelo lugar absoluto de quem sabe porque reproduz a história *verdadeira*⁶⁹ do outro (minúsculo no sentido de captura do indivíduo).

Ao pretender relatar a história do indivíduo atendido ao supervisor, observa-se:

R1: então, é uma paciente que teve um câncer e teve que tirar uma parte do intestino e ela tem duas ostomias, uma do lado direito e uma do lado esquerdo. Uma funciona 24 horas porque é uma porção muito inicial do intestino, que é a do lado direito e a do lado esquerdo já é bem mais embaixo, então não funciona tanto.⁷⁰

Frente ao recorte, há um estranhamento a respeito de quem fala e de onde fala; tamanha fusão ao discurso médico. Con-funde-se.

Que(m) fala ?

Em outra transcrição, os enunciados emanam da mesma posição-sujeito no discurso:

R1: ela produz muita insulina...muita, e aí o que acontece é que ela tem muita hipoglicemia... a glicose dela baixa demais...) tumores, vários pontos no fígado.⁷¹

Do recorte, a marca:

Aí ela tem um mal-estar

Tudo causado pela baixa de glicose

⁶⁸ A expressão discurso médico diz respeito à posição que “apaga a dimensão subjetiva do sofrimento em proveito da dimensão objetiva do saber” (Clavreul, 1982, p. 137). Esse discurso é sacralizado e possui como característica uso de linguagem estritamente técnica, inacessível ao próprio sujeito-objeto de investigação e exclusão subjetiva também daquele que o vivencia (o discurso médico).

⁶⁹ Ilusão de completude.

⁷⁰ APÊNDICE G (p. 182).

⁷¹ APÊNDICE F (p. 180).

O mal-estar é explicado tão-só pelo funcionamento orgânico... **tudo** causado pela baixa de glicose.

Frente a outro tipo de mal-estar, a supervisora pergunta e tem-se a sequência:

S: ele tem medo?⁷²

A resposta, na sequência da mesma materialidade:

R1: É fígado...

A posição-sujeito é enlaçada:

S1: Ah, é de fígado?

A resposta:

R1: é fígado com metástase na coluna...

R1: aí ele tá com compressão medular

O mal-estar é com-fundido, fusionado ao corpo biológico, desprezado o medo como escape:

S: eu sempre confundo, você já tinha me falado que era fígado...

A realidade do corpo orgânico, bem como a etiologia das patologias e seus desdobramentos não pode ser desconsiderada, mas cabe aquiescer que a organização bio-fisiológica não exclui outros modos de organização, tais como as organizações neuróticas, as psicóticas ou as perversas (Fernandes, 2005).

A impossibilidade de controlar o corpo, as taxas, os marcadores fisiológicos operam como tentativas de silenciamento do impossível do real do corpo (como modo de gozo).

Essas impossibilidades, de tal sorte, são insubordináveis e fazem morada na condição faltante. A questão-enigma que se impõe, também na cena hospitalar é: qual outro caminho senão pelo desejo poderia advir o sujeito-falta (\$)?

⁷² APÊNDICE F (p.178).

Ademais, cabe o questionamento se “o hospital e os saberes que por ele transitam poderiam dar-se a conhecer de outro modo senão pela via da condição faltante, ... que clama, que re-clama, que se denuncia” (Gomes, 2008, p.15).

Nesses processos enunciativos, a posição-sujeito-psicólogo-residente se cristaliza endereçando o modo de enunciar-se para ser visto, re-conhecido, firmado como posição-lugar.

A escolha e o modo de organizar o dizer e a narrativa faz relevo às formações ideológicas que desembocam em práticas de escuta – porque são postas no jogo linguístico como premissas: dizer do caso clínico significa dizer da situação exclusivamente do corpo-doente.

Essa posição-sujeito-psicólogo-residente se constrói mediante efeitos de sentidos que trabalham no seio das formações (tanto discursivas como ideológicas) e acabam por ecoar premissas de toda uma cenografia discursiva pela via do assujeitamento.

Essa via de assujeitamento é alicerçada por interdiscursos (discursos já ditos e esquecidos) e aparece como intradiscurso (já-dado) na cadeia metonímica, com a qual se pode relacionar a própria inclusão da Psicologia como profissão de saúde.

A inclusão da Psicologia como profissão de saúde é instituída por Resolução⁷³ marca (como traço) a identidade profissional por identificação (como se não houvesse anterioridade histórica) e funciona como efeito de sentido ao replicar a qualidade de significantes como apagamento de lugar no fazer clínico, que se repete, se repete, se repete, presentificando-se como ausência⁷⁴.

Lacan (1970/1992b) afirma que “é no traço unário que tem origem tudo o que nos interessa, a nós, analistas, como saber” (p. 44).

O fazer clínico do psicólogo na saúde é atado à multiprofissionalidade e esta surge como um genérico discursivo que marca a identidade profissional no campo da residência, de modo que é imperativo não pensar esse fazer (ou esse saber) fora desta inserção. Equipe multiprofissional é um dizer naturalizado (por isso genérico discursivo⁷⁵) que se reproduz a

⁷³ Resolução n. 287 do Conselho Nacional de Saúde, de 1998.

⁷⁴ A multiprofissionalidade apaga a especificidade do fazer psicológico, recondicionando-o no bojo de todos os fazeres.

⁷⁵ Discurso que é naturalizado e reproduzido para reforçar a ideia (ideal). No caso da saúde é genérico porque prescinde do ideal naturalizado de que se consegue a saúde de modo integral, nos seus aspectos mais amplos e complexos com o aumento das profissões instituídas como “profissionais da saúde”, pela veiculação e promoção da multiprofissionalidade.

fim de reforçar o Ideal de inseparabilidade no campo da saúde, apagando as construções anteriores que constituíram o próprio campo da saúde como palco de complexidades.

Muito antes dos programas de residência multiprofissional, os psicólogos já atuavam em hospitais e campos de saúde. A deliberação em modo de Lei (lei como função fálica) patenteia o fazer que, pelo imaginário de normatização do indivíduo e da sociedade, ata ideologicamente hospital, psicologia e saúde.

Desde o final do século XVIII e início do século XIX, com o novo ordenamento da sociedade capitalista pós Revolução Industrial, o hospital surgiu da necessidade de disciplinarização e regulação dos espaços ao campo que lhe coube: inserção e organização dos corpos doentes em local próprio. As práticas médicas também se fizeram individualizadas, classificatórias e divididas por nosologia orgânica (sintomas iguais em indivíduos diferentes equivalia a doenças iguais).

A descrição era o modo de diagnóstico-classificativo de ciência positivista e esse foi o *modus operandis* do nascimento da clínica (Foucault, 1963), modo esse operado pelas tentativas reiteradas de controle **do** corpo, **no** corpo e **com** o corpo⁷⁶.

Paradoxalmente, o olhar fixado no corpo, nas queixas e nos sintomas excluem do campo da escuta a alteridade da condição humana (Gomes, 2008).

A Psicologia nasce nesse bojo de enigmas⁷⁷ e identificações com este discurso médico (fixado no controle do corpo) e se multiplica em sistemas (Associacionismo, Estruturalismo, Funcionalismo) e teorias⁷⁸ (Behaviorismo, Gestalt, Construcionismo e outros) que se diferenciam pelo método de abordar seus objetos de estudo (comportamento, cognição, afeto, percepção).

Sobretudo, desde sua constituição como disciplina, há um assujeitamento (de cunho ideológico) da Psicologia às condutas e intervenções baseadas na chamada *atitude científica*.

No Livro *Sistemas e Teorias em Psicologia*, Hillix e Marx (1973) explicitam que a finalidade da ciência “consiste em proporcionar uma explicação objetiva, fatural e empírica do mundo” (p.20) e ainda que “as conclusões da ciência são mais finais, mais corretas ou mais exatas que as conclusões alcançadas por outras disciplinas” (p.20). São premissas adquiridas

⁷⁶ Chamado também de biopoder, essa propriedade advém do capitalismo e sua obsessão por controle biopolítico da população a partir de indícios biológicos; diz respeito ao poder sobre a vida com o intuito de controlar natalidade, mortalidade, taxas e índices para garantir o bem-viver. (Foucault, 1979).

⁷⁷ A psicanálise, por sua vez, nasce face ao enigma do corpo da histeria, que mente e pela mentira, faz do sintoma verdade.

⁷⁸ Hillix & Marx (1973).

no campo psicológico filiadas à ordem médica (frente ao que a Medicina considera cura, ou seja, extinção de sintoma orgânico ou ainda controle de disfunção).

O dizer psicológico (o que conta a posição-psicólogo-residente ao supervisor) está interpelado pela *atitude científica* (que aparece como intradiscurso na narrativa) e sustentado por parâmetros de um universo logicamente estabilizado: o das ciências régias.

O assujeitamento apresentado pelos gestos de interpretação contidos e pujantes na materialidade oral remete a estes princípios doutrinários e também a modos de fazer aparecer tão somente o corpo biológico (ritualização), cindindo-o em partes e em funcionamentos: fígado, pâncreas, câncer, insulina...

Há uma cristalização repetitiva no modo de narrar:

R1: É um paciente que teve câncer.⁷⁹

Ou ainda, em outra situação:

R1: Ela produz muita insulina.⁸⁰

Ela quem? A glândula ou a pessoa? Há um princípio reducionista no seio do enunciado que rompe, que faz furo no real, explicitando o impossível que é esse real (do corpo, da língua e do inconsciente).

Este princípio reducionista é causa da transformação do sintoma em signo, como adverte Clavreul (1982); e se produz também na leitura-escuta de situações clínicas.

O relato daquilo que aconteceu na sessão (na relação psicólogo-paciente) some, é escandido em partes de corpo e surge como discurso médico; surge como descrição considerada científica, moldada na construção da história do discurso médico-científico.

O discurso científico é tentativa de fazer desaparecer a referência ao real – ao impossível do real, à proporção que “a ciência se preocupa com a previsão e controle dos acontecimentos” (Hillix & Marx, 1973, p.21) .

O discurso médico diz respeito a uma posição-sujeito sustentada por princípios de objetividade e cientificidade. Esse modelo de cientificidade é chamado também de *paradigma*

⁷⁹ APÊNDICE G (p.182).

⁸⁰ APÊNDICE F (p.180).

*dominante*⁸¹, visto que tal modelo produziu um ideal moderno de conhecer e dominar o mundo: dissecando-o, separando-o e classificando-o.

Todos os procedimentos investigativos reforçam a classificação, a ordenação e a separação. O objeto torna-se estático e passível de classificação estagnada que visa excluir todo indício de subjetivação.

Segundo Clauvreul (1982) há, no discurso médico, uma exclusão de sujeito frente à objetividade pretendida, uma demissão, uma desapropriação do saber, que é colocado polarizado: um que sabe tudo e outro que nada sabe, bem como um distanciamento designado como técnico na função de escuta.

Destarte, essa polarização faz visível um sujeito-posição de mestria, como um saber que captura e faz modulação de gozo. Ocorre, para além desse englobamento e exclusão, fato relevante: que é a mudança de objeto – o homem que padece é o corpo escutável, objetivável, palpável, de modo que a *verdade* reside nesse corpo.

Recolocando o trabalho historiográfico como ciência que evidencia a relação do passado e presente e considerando as imersões do real no próprio narrar, Certeau (1982) assevera que “o relato ‘daquilo que aconteceu’ desapareceu da história científica (para, em contrapartida aparecer na história vulgarizada), ou se a narração toma aspecto de uma ficção própria de um tipo de discurso, não se poderia concluir daí o desaparecimento da referência ao real” [grifos do autor] (p. 52).

Esse desaparecimento da referência ao real (dantes implicada na narração) desponta por outra via de estagnação: na criação de modelos.

“Na *criação* de ‘modelos’ (destinados a tornar os objetos ‘pensáveis’) proporcionados às práticas, pela confrontação com o que lhes resiste, o que os limita e exige outros modelos, finalmente, pela elucidação daquilo que tomou possível essa atividade inscrevendo-a numa economia particular (ou histórica), da produção social”. (Certeau, 1982, p. 52).

⁸¹ Modelo advindo de um modelo de racionalidade que descredita sistematicamente as evidências da experiência imediata. Desse modo, o conhecimento científico é vinculado à certeza da experiência ordenada. Possui, como características essenciais: o modelo de conhecimento lógico-matemático de quantificação, o rigor nas averiguações e método de redução da complexidade (a fim de controlar variáveis). O paradigma dominante vale-se das operações de divisão e classificação para determinar relações sistemáticas, pressupondo que os fenômenos (inclusive os humanos) são passíveis de idêntica repetição. Nos séculos XVIII e XIX esse modelo serviu às demandas sociais da burguesia em ascensão, às demandas econômicas do desenvolvimento e também serviu às demandas sanitárias, com propósito de higiene, controle e segregação rumo ao desenvolvimento. Como consequência, tem-se o surgimento e estabelecimento dos modelos de asilamento, escolarização, internações psiquiátricas como balizamentos próprios a esse discurso. O paradigma dominante se estende às ciências sociais e humanas que preconizam tais concepções (Santos, 2004).

A atividade a que se propõe a narrativa – no que tange à supervisão no campo clínico – organiza suas significações a propósito desses enlaces com a criação de modelos de narrativa e priorização de objetos; e a criação de modelos guia a posição-sujeito-psicólogo-residente (atravessado pelas formações ideológicas) nesse lugar: como falar, o que priorizar, noções de diagnóstico, prognóstico, etc.

O narrar é descritivo, tecnicizado e orientado pelo signo.

R1: É muito engraçado como é que a lógica do lugar, às vezes vem até a nossa fala... que eu às vezes eu acho interessante que o paciente, por exemplo: fulana é F60. É F60. A gente chega lá e pergunta: o que que ele é? Ah, ele é isso⁸².

E outra enunciação, na mesma transcrição:

S1: e isso acontece muito com o dependente químico também

R2: e com o pedófilo também

As classificações (dependente químico, pedófilo, F60) dariam entrada à análise do modo de relação do sujeito com seus objetos, mas a nomeação é apartada da implicação desejante; a afirmação apenas do dito proveniente do discurso médico é, ao mesmo tempo, empoderado e excludente por não admitir outras elações significantes. O signo opacifica o lugar do Outro e as tentativas reiteradas de dominação formatam o dizer totalitário, absolutista e científico, determinando de antemão os lugares de sujeito no discurso.

O **F60** referendado no recorte é uma classificação do **CID 10**. Sigla sobre sigla: Classificação Internacional das Doenças.

Aparece na cena analítica como vontade internacionalmente reconhecida de saber, ou como cita Foucault (2005): “vontade de verdade” (p14).

O discurso gira e recoloca o sujeito como produto da Universidade, discurso universitário ao qual o sujeito não apenas consente (marcado pelo advérbio **também**, que expressa condição de equivalência e de similitude), mas aplaude a condição de tornar-se

⁸² APÊNDICE E (p. 162).

unidade de valor. No discurso universitário, o que reina é a permanência desta condição: “de meios de produção e de mais-valia”. (Lacan, 1970/1992b, p. 192).

Os giros discursivos que por ora alteram a posição do sujeito no dizer compõem conflitos de instâncias e não de pessoas. A construção enunciativa é tentativa de nomeação e subtrai, castra, fatia o real de modo a combinar traços diferentes e descontínuos de sujeito (estatuto do sujeito: em fuga, significante em negativo, vir-a-ser).

Essas contingências que aparecem na organização dos ritos e criação de modelos (como produção de discurso) têm por função “conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório⁸³” (Foucault, 2005, p.9).

O discurso médico, pelo contingenciamento a um vocabulário específico, também destitui o sujeito do seu saber. A siglarização (como citado no recorte: **F60**) nos manuais transfere e seleciona a “verdade” do saber a um grupo seletivo e restrito e visa estabelecer uma *identidade* em detrimento à *alteridade* daquele que se ouve.⁸⁴

A apresentação desse manual – CID 10 – também joga com os efeitos de sentidos ao tentar internacionalizar os modos de saber com a pretensão de divulgar e ampliar conceitos; o que emerge é tentativa de homogeneização discursiva pela normatização e adequação do linguajar (próprio ao discurso médico) alçando a padronização na medida em que “fornece códigos relativos à **classificação** de doenças e de uma grande variedade de sinais e sintomas, aspectos **anormais**, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou feridas”⁸⁵. [grifos nossos].

Por intermédio da utilização de um vocabulário ao qual o doente não tem acesso, o discurso médico opera reduzindo o sentido dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico. ... A pluralidade de sentido, característica da língua, é abolida para dar lugar à univocidade de sentido, ideal do código. ”(Jorge, 1983, p. 13)

⁸³ Foucault, em Aula no Collège de France sobre o discurso e suas relações com o saber e com a verdade, faz referência à produção-exclusão de discursos pela sociedade. Segundo ele, os discursos são produzidos por operações e procedimentos de exclusão e interdição, separação e rejeição a partir de uma normatização de fazeres e pelo desejo de poder, camuflado na vontade de saber. A vontade de saber, a seu turno, implica necessariamente procedimentos de observação, classificação, mensuração: “uma vontade de saber que impunha ao sujeito cognoscente (e de certa forma antes de qualquer experiência) certa posição, certo olhar, e certa função (ver, em vez de ler, verificar em vez de comentar); uma vontade de saber que prescrevia (e de um modo mais geral do que qualquer instrumento determinado) o nível técnico do qual deveriam investir-se os conhecimentos para serem verificáveis e úteis” (Foucault, 2005, p.16-17). É bem explícito no que concerne ao discurso para com o louco.

⁸⁴ Jorge (1983), sobre nuances do discurso psicanalítico e do discurso médico, na Apresentação do Livro “Ordem médica: poder e impotência do discurso médico”, de Clavreul (1982).

⁸⁵ Definição extraída do Código Internacional de Doenças, site: www.cid10.com.br.

O processo de negligenciamento da pluralidade de sentidos evolui para a relação supervisor-residente, com vistas à correção:

PRa: e ainda mais nessa área que mexe né, com a história, igual esse paciente que tinha, que tem esquizofrenia, eu acho...

S1: Não... é transtorno esquizoafetivo⁸⁶

O domínio das siglas e dos atos-posturas médicas faz nascer a (im)postura de um *sujeito que sabe*, posição de Mestre no discurso.

Concomitantemente à imposição de um *sujeito que sabe*, há uma abolição da pluralidade de sentidos próprios da língua (que pelo signo-sigla opera dando univocidade de sentido); a univocidade que é o que se pretende: o ideal do código. “Desse modo, o discurso médico se apropria do discurso do sujeito, transformando os significantes de sua fala em signos, em sinais médicos.⁸⁷” (Jorge, 1983, p. 13), reforçados pela posição-supervisor.

O discurso médico ressurge como intradiscurso na enunciação da posição-sujeito-psicólogo-residente a ponto de o saber *psi* responder suas questões de vértice análogo: no calcanhar da vontade de verdade.

A Psicologia, como disciplina, vale-se do prisma da *vontade de verdade* desde a operação de separação entre o normal e o patológico, da cisão entre a norma e o desvio na personificação da loucura como doença. As operações de separação e classificação também aparecem ao longo da história da disciplina nos desdobramentos das funções psíquicas (em comportamento, habilidade, personalidade, cognição), que igualmente desmembraram o homem em funções, replicando a dissecação anatômica na busca da razão e da *verdade* psicológica.

A busca dessa *verdade* é defendida de modo a assegurar a identidade da disciplina no campo das ciências e seus aportes teóricos e técnicos funcionam segundo os princípios de segregação e controle (para afirmação) e de coerção científica para manutenção do seu status de saber, princípios bem localizados no campo *psi* ao tomar como objeto a loucura como parâmetro do que foge à norma, ao normal.

⁸⁶ APÊNDICE E (p. 157).

⁸⁷ O autor recupera a designação de signo conforme a definição lacaniana: “como sendo *aquilo que representa alguma coisa para alguém (que saiba lê-lo)*, diferentemente do *significante que representa um sujeito para outro significante*” [itálicos do autor] (Jorge, 1983, p. 13).

Segundo Foucault (2005), “a disciplina é um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras” (p.36).

O controle da produção do discurso é nítido na construção da loucura como desrazão.

Reconhecida como: “um estado de perda de consciência de si-no-mundo... uma doença... um ‘distúrbio orgânico’ ou ‘desequilíbrio emocional’” e ainda “todo tipo de desvio do comportamento pessoal em relação a uma norma sancionada” (Frayze-Pereira, 1982, p. 09), a loucura é localizada num patamar impregnado de organicidade e de comportamento social em relação ao desvio da norma.

A palavra latina *norma*, que está na origem do termo normal, significa ‘esquadro’. A palavra *normalis* quer dizer ‘aquilo que não se inclina nem para a direita nem para a esquerda’, ou seja, que é ‘perpendicular’, que ‘se mantém num justo termo. Portanto, uma ‘norma’, uma regra, é aquilo que serve para retificar, pôr em pé, endireitar’ (Frayze-Pereira, 1982, p.21)

Tal concepção de norma, exposta por Frayze-Pereira no Livro *O que é Loucura* admite, na sua formulação, a proposição de apagamento da diferença com a pretensão de *endireitar*, que funciona com a operação de endireitamento.

O que podemos pensar é que há uma dissonância relevante nesse contexto, bem apontada por Foucault⁸⁸ em *Doença Mental e Psicologia*:

Ora, a psicologia nunca pode oferecer à psiquiatria o que a fisiologia deu à medicina: o instrumento de análise que, delimitando o distúrbio, permitisse encarar a relação funcional deste dano ao conjunto da personalidade. De fato, a coerência de uma vida psicológica parece assegurada de maneira diversa que a não coesão do organismo. (Foucault, 1975, p.17)

A opacificação da voz do sujeito em detrimento à sua classificação orgânica (o pâncreas, o tumor, o fígado, a insulina) retira-lhe a possibilidade de se haver com sua doença (que seja orgânica, quer seja como posição subjetiva) e com sua posição de sujeito mediante um distanciamento especulativo da ordem do discurso do mestre.

O discurso, na psicanálise lacaniana, situa um momento no qual significantes de organizam em lugares e esses lugares acentuam o trajeto (em negatividade -1, -1, -1) de articulações com a realidade.

O discurso de mestre é matemizado por Lacan (1970/1992b, p. 12) como:

⁸⁸ Foucault (1975).

$$\frac{S_1}{\$} \quad \frac{S_2}{a}$$

Essa construção de posições marca a verdade de um sujeito barrado, produzido pelo real que escapa (a). O agente (S_1), nesse sentido, é o significante que organiza os sentidos em razão de um Outro saber, o saber (S_2). O agente não é redutível a uma palavra, mas à forma de como esse agente se dirige ao outro: discurso de fabricação.

Na obtenção de reconhecimento, a posição-sujeito-psicólogo-residente se identifica ao contexto da saúde fusionando-se ao ideal do Mestre (nas práticas e ritos de observação, abolição da narrativa e modo de intervenção psicológica⁸⁹). Nesse ínterim, absorve (e é absorvido) pelo discurso médico inclusive na escuta da loucura.

A Psicologia comunga com o ideal de saúde (postulado desde a reforma sanitária no Brasil) face ao enigma da loucura quando pactua racionalizar sua atenção com foco na sintomatologia e na institucionalização, na destituição de sujeito pela classificação “psiquiátrica” e não pela atenção à singularidade:

S1: A pactuação, gente, é que todo paciente psiquiátrico receba alta com encaminhamento para o CAPS, né, pra referência de cuidados dele e com a referência familiar de cuidado...⁹⁰

E, na sequência:

Rb1: e eu vejo assim, que quando a pessoa vai ter alta, precisa de um parente autorizar... ela não tinha nenhum parente

O que fazer no hospital?

Produzir saúde, controlar indícios, garantir a integralidade da atenção, universalizar o acesso, seguir protocolos. Modos de operar o controle e instituir a norma: garantir a saúde negando a morte, o mal-estar, o sofrimento e a desrazão (o próprio termo doença é apagado das formações discursivas na construção do modelo de saúde preconizado pelo SUS⁹¹).

⁸⁹ Como funciona a ideologia.

⁹⁰ APÊNDICE E (p. 159).

⁹¹ Aspecto discursivo discutido neste trabalho no subitem 4.3 (Ampliação e consolidação do conceito de saúde e efeitos de sentido, p. 67-75).

Face às dificuldades deste saber-fazer no âmbito institucional (saúde, hospital e narração), o ideal higienista convoca o sujeito no dizer, interpelando-o:

S: Tem até um Livro do Bleger, você já leu?⁹²

R1: Instituições...

Produções teóricas e referências escritas ditam, como fio condutor, como o psicólogo deve fazer e a que deve servir sua prática no campo da saúde, corroborando com o ideal higienista. A posição-sujeito-psicólogo-residente se esquece do mal-estar que a atravessa e é absorvida pelo ideal higienista, que a determina. No livro citado, *Psicohigiene e Psicologia Institucional*, observa-se a posição que o psicólogo deve assumir:

A função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública, dentro dela, a higiene mental. O psicólogo deve agir intensamente em todos os aspectos que concernem à psico-higiene⁹³ e não esperar que a pessoa adoça para recém intervir. (Bleger, 1984, p.20)

Sobre a visita de um sobrinho ao paciente internado, o fazer é relatado da seguinte forma:

R1: aí, na hora que ele chegou eu falei pra ele sobre isso, falei sobre lavar as mãozinhas antes e depois de sair, não encostar, não sair gritando do hospital... fui explicando coisas assim...⁹⁴

Percebe-se, aqui, uma reinserção camuflada no intradiscurso de elementos interdiscursivos (presença do não-dito) como o conceito de saúde ampliada e da convocação do profissional psicólogo como guardião de um campo vasto e complexo como a da

⁹² APÊNDICE E (p. 162).

⁹³ Para Bleger (1984), a psico-higiene é uma dimensão social da psicologia, à qual o psicólogo adquire consciência da sua responsabilidade dentro da saúde pública e da sociedade, trata-se literalmente do “estudo da administração dos conhecimentos, atividades técnicas e recursos psicológicos que já foram adquiridos, para encarar os aspectos psicológicos da saúde e da doença como fenômenos sociais e coletivos” [grifos do autor] (Bleger, 1984, p.21). Nesse sentido, desnuda-se também uma ampliação conceitual (ideal que aparece como discurso coercitivo e à serviço de Aparelhos Ideológicos de Estado pelo assujeitamento que opera) do campo de atuação do psicólogo, semelhante ao que ocorre na ampliação do conceito de saúde a partir do 8º Relatório da Conferência Nacional de Saúde.

⁹⁴ APÊNDICE F (p. 174).

organicidade e o da ordem institucional e, por conseguinte, guardião da (boa) ordem social (comportamento idealizado).

O saber que o corpo tem sobre os caminhos do gozo não é um saber menos imperativo que o do discurso médico. Ele constitui seu intransponível limite. Ele se afirma até à morte e a loucura, contra uma segurança que nos é imposta à força de nos ser proposta, contra a sabedoria das nações, esse lugar-comum do bom senso. (Clavreul, 1982, p. 22)

Esses elementos interdiscursivos de saúde, organicidade, bom-senso e higiene, bem como seus modos de controle (informação, acesso, avaliação, regulação e educação permanente) retornam pela via da palavra, gozo de sujeito interpelado pela letra.

Gozo que se sustenta pela obediência do sujeito a uma ordem que o conduz (ordem fortificada pela própria falta-ser) e que se reacende na e pela linguagem – tesouro lacaniano dos significantes.

PRa: É.. eu fui conversar com ela ontem, mal-cheirosa⁹⁵,

S1: é, o autocuidado prejudicado... [é interpelada pela outra residente]

PRa: falta de higiene... hoje ela tomou banho né, o pessoal orientou ela nesse sentido... então tô achando legal isso de trabalho em equipe você pegar informação... é, perguntar qual a primeira vez, se já tinha vindo antes, como é que veio da outra vez, se teve alguma mudança...

O discurso higienista imiscui-se no fazer, ao qual a posição-sujeito⁹⁶ responde tentando adequação à norma, endireitando-se... tais procedimentos são realizados mediante imperativos metodológicos de orientação, informação e um modelo de anamnese restrito à objetividade que visa abolir, eliminar o erro, a subjetividade, a claudicação (e manter a ordem, a normatividade).

É assim que a posição-sujeito se sente inserido: “achando legal isso de trabalho em equipe”... tal qual o recorte enuncia:

⁹⁵ APÊNDICE E (p. 155).

⁹⁶ Nota-se que tanto o psicólogo-residente como o supervisor-preceptor respondem desta posição-sujeito (interpelado pelo discurso higienista), de modo que independe a função que se exerce, mas a posição da qual se fala.

PRa: então tô achando legal isso de trabalho em equipe você pegar informação... é, perguntar qual a primeira vez, se já tinha vindo antes, como é que veio da outra vez, se teve alguma mudança...⁹⁷

Esse é o trabalho em equipe do sujeito reconhecido⁹⁸ nessa posição: cooperar para que se cuide do banho, da comida, do cumprimento às normas – da *Ordem médica*⁹⁹ (discurso totalitário, que marca o sujeito nessa posição de saber-fazer).

Percebe-se, nesse sentido, a alusão a todo um movimento de submissão a esse ordenamento, que não distingue profissões e fazeres de tal forma que “o totalitarismo do discurso médico, que é o de sua lógica, não constitui a maneira de ser de seus clérigos. Inclui todos aqueles que conhecem, ao menos, sua existência” (Clavreul, 1982, p. 28).

O totalitarismo engloba, nesse conjuntura, multiprofissões: não distingue fazeres e saberes (enfermeiros, psicólogos, técnicos, supervisores), de modo que todos têm a ilusão de fazerem tudo.

O que se pode observar nas tentativas reiteradas de reconduzir o dizer prestes a pluralizar-se à senda do discurso médico – a posição-sujeito-supervisor intervém, corrige e ainda traduz o **mal-cheirosa** como **autocuidado prejudicado**, postura polida e glosada com ares de cientificidade que sublinha o isolamento do sujeito da enunciação.

A posição do sujeito no discurso o situa em relação ao seu dizer e também ao seu fazer e só se solidifica em relação à forma de *derrisão* apresentada na posição do escravo.

A *derrisão* corresponde, por sua vez, ao modo natural de o escravo responder às perguntas já enunciadas (como respostas) pelo mestre¹⁰⁰.

O que o viés da *derrisão* mostra é a destituição, a expropriação do escravo de sua função no plano do saber: “o escravo sabe, mas ao confessar isso apenas por esse viés da *derrisão*, o que se oculta é que se trata exclusivamente de arrebatar do escravo sua função no plano do saber” (Lacan, 1970/1992b, p. 20).

O discurso do mestre só ocorre em relação a essa expropriação de saber do posicionamento do escravo.

⁹⁷ APÊNDICE E (p.155).

⁹⁸ Atenta-se, ainda, para o termo **legal**; trabalho legalizado, autorizado, normatizado.

⁹⁹ Clavreul (1992)

¹⁰⁰ Lacan (1970/1992b).

Esta relação e constituição de sujeito no discurso e no campo da saúde emerge do trabalho em equipe: de um que orienta e outro que obedece em nome da organicidade, da Lei – esse senhor que guia o fazer na estrutura de discurso.

PRa: ele tava pedindo muita comida, muito pão, muito pão, muito pão e a gente foi orientada pela equipe de enfermagem para não dar, até por conta da diabetes mesmo né [grifos nosso]¹⁰¹

A posição-sujeito (ilusão de unidade) esquece a realidade de anterioridade discursiva ao qual é interpelado. Ser orientada basta.

Do mesmo recorte, extrai-se:

A gente foi orientada.

Tal enunciação sinaliza uma legitimação e é fundante da posição-sujeito-psicólogo-residente, que retorna no discurso como rede de memória, interligada no fio intradiscursivo. Cobra sua posição de equipe e sinaliza que a repetição da ordem é sinônimo de inclusão multiprofissional.

Sem se haver com o sujeito cindido, como disciplina, a Psicologia coloca-se num campo de saber regido por esta ordem: a biológica. E é reforçada como já elucidado anteriormente, por preceitos muito congruentes à lógica de uma psicologia higiênica¹⁰² e como sendo uma Ética do Bem¹⁰³ (pelo tipo de intervenção que utiliza).

Paradoxalmente, a posição-sujeito-psicólogo-residente o faz escravo dessa lógica de saber de mestre frente aos esquecimentos que o fundam.

¹⁰¹ APÊNDICE E (p. 156).

¹⁰² A psicologia (como disciplina que promove a higiene mental) baseia-se em cinco objetivos a serem alcançados: 1) “levar à assistência psiquiátrica a condições mais humanas”, 2) “diagnóstico precoce das doenças mentais”, 3) “profilaxia ou prevenção das doenças mentais”, 4) “atender à reabilitação” e 5) “promoção de um maior equilíbrio, de um maior nível de saúde da população” (Bleger, 1984, p.20-22). Todos esses objetivos tornam-se princípios a serem perseguidos como tentativas de vinculação aos preceitos de saúde ampliada e do pertencimento da disciplina às categorias que zelam pela população, pela sociedade (num lugar que é, ao mesmo tempo, servidão e gozo).

¹⁰³ A Ética do Bem se difere da Ética da Psicanálise como antinomia radical. Baseando-se no Seminário sobre *A Ética da Psicanálise* (Lacan, 1986/2008b), Moretto (2005) aponta que o analista não se põe a trabalhar mediante intervenções adaptativas, em “padrões de patologia e normalidade, que cada vez mais se distanciam da singularidade do desejo de cada um” (p.53).

Sob a reflexão de que “o sujeito se constitui pelo esquecimento daquilo que o determina” (Pêcheux, 1997, p.163), elementos do intradiscurso inserem-se no discurso do sujeito mediante traços. Esses traços operam desnudando a fragmentação do sujeito no discurso: o senhor vira escravo e produz-se um giro na posição discursiva.

O discurso só existe em relação a outras posições: senhor – escravo, mestre-aprendiz, capital-mercadoria.

Afinal, “a linguagem, não tem ela como regra implicar, embora colocando-a como outra que não ela mesma, a realidade da qual fala?” (Certeau, 1982, p.32).

Por certo, essa realidade da linguagem que funda o sujeito abole o contar (e que também é abolir o contar-se). Essa omissão de lugar de sujeito promove a não alteridade porque não faz dissimetria, mas gozo mortífero, porque colado ao Outro (à medida que se diz o que o outro quer ouvir).

O dizer o que o Outro quer ouvir (no caso, preponderantemente o discurso médico, da ordem dos ritos e classificações) opera mediante uma alienação pela obliteração do eu, que aparece implícito:

Pra: Então [eu] tô achando isso legal de trabalho em equipe...vc pegar informação¹⁰⁴ [negrito nosso].

Ao mesmo tempo que se pega, é pêga pela informação, alienada ao desejo do Outro.

Ou ainda:

A gente chega lá e pergunta: o que que ele é? Ah, ele é isso.¹⁰⁵

A operação de alienação emerge no contexto da enunciação ao mesmo tempo em que o lugar de enunciação do sujeito diz respeito a uma posição generalizada, mas inclusiva: **a gente** e de consentimento (com vistas à conclusão): **Ah, [então] ele é isso.**

Este processo de alienação não é rompido pela função o Nome-do-Pai¹⁰⁶ (para disto surgir a separação, a autorização e a identificação); é reforçada pela condição incestuosa da

¹⁰⁴ APÊNDICE E (p. 155).

¹⁰⁵ APÊNDICE E (p. 162).

multiprofissionalidade do Outro social, estabelecendo uma posição subjetiva foracluída, na qual “o sujeito se faz um nome próprio como sendo o Nome, exclui todo gozo fálico, não conhecendo senão o gozo do Outro” (Jardim & Costa, 2003, p. 63).

A posição subjetiva foracluída caracteriza uma estrutura psicótica¹⁰⁷ e é inaugural da identidade profissional do psicólogo na multiprofissionalidade.

A estrutura psicótica também diz respeito a uma posição de sujeito frente ao Outro, sendo caracterizada por uma posição “de sujeitos que estão agenciados de forma significativa frente a um Outro não barrado. Eles se organizarão e farão seus arranjos dentro de um mundo organizado pelos neuróticos (pelo falo)” (Bulhões, 2003, p. 44).

Mas, e a supervisão? Como opera nessa estrutura de posição subjetiva?

5.3 Super-visão e construção da identidade-identificação profissional

Se o inconsciente é um discurso e ($S_1 - S_2$) e discurso é discurso do Outro (e se desse discurso depreende-se um gozo¹⁰⁸), olhar para as posições e giros de sujeito no discurso não admite pensá-lo desvinculado¹⁰⁹ da posição-sujeito de endereçamento (posição que recebe o endereçamento significativo) no processo de construção de identidade profissional.

Nos programas de residência multiprofissional, a supervisão como função se torna campo de endereçamento (habitado pela transferência) à medida que preconiza constituir-se em espaço de aprendizado

Segundo Lacan, (1975/1986), “cada vez que um homem fala a outro de maneira autêntica e plena há, no sentido próprio, transferência, transferência simbólica – alguma coisa se passa que muda a natureza dos dois seres em presença” (Lacan, 1975/1986, p. 130).

¹⁰⁶ O Outro que sustenta o Nome-do-Pai não é corporal e não é objeto de satisfação; “é o Outro do discurso social e que situa o sujeito na cadeia significativa que caracteriza essa cultura. É por isto que constitui um problema fundamental para todo sujeito como se representar no discurso” (Tavares, 2003, p. 12).

¹⁰⁷ No artigo “Clínica das Psicoses: armadura simbólica”, Maria Ângela Bulhões faz um reposicionamento importante ao referir-se à estrutura psicótica: “Quando falamos da estrutura psicótica, falamos de sujeitos que estão agenciados de forma significativa frente a um Outro não barrado. Eles se organizarão e farão seus arranjos dentro de um mundo organizado pelos neuróticos (pelo falo)” (Bulhões, 2003, p. 44).

¹⁰⁸ (S. Teles, 1999).

¹⁰⁹ Posição de sustentar a investigação a partir da relação significativa: por isso não se admite foco unidirecional lógico-positivista) nas posições discursivas do psicólogo-residente e impõe-se, doravante, a análise de posição de sujeito na função supervisão.

Entretanto, o processo de construção¹¹⁰ da identidade profissional será patenteado de acordo com as peculiaridades do estabelecimento da transferência.

Considera-se, para tal, a identidade fruto do processo de identificação (Lacan, 2003a), que é para além do fazer Um, idêntico. A identificação principia na qualidade do traço (bastão), ou seja, há uma diferenciação no que é peculiar ao objeto, mas essa diferença assinala, sublinha, patenteia uma mesmidade significante.

É a consideração psicanalítica deste processo de identificação no âmbito profissional que se pretende assinalar ao postular identidade.

No decorrer da análise das transcrições, há algo que escapa no movimento de endereçamento e que ecoa: a supervisão como espaço de produção discursiva que suprime a pluralidade de sentidos pelo reforço adjetivado, sem explicitamente possibilitar a deriva de sujeito no discurso, a claudicação, o equívoco.

Há uma aquiescência obturadora de sentidos da posição-supervisor (à narração da posição-psicólogo-residente) que impede a produção de enigmas, de questões.

O eco reverbera e não admite a emergência de outros significantes além da alienação ao desejo do Outro (cujo eco se dá pela mesmidade significante, ou seja, pelo que um significante representa a outro).

Sobre a reafirmação de cuidado associado à higiene, situação na qual o psicólogo-residente está contando ao supervisor que a família fez com que as visitas lavassem as mãos antes de entrar no hospital, tem-se:

R1: eles são muito cuidadosos né...¹¹¹

S1: são...

Em outra configuração de supervisão, o psicólogo-residente questiona a preocupação insistente da pessoa atendida com o olhar do outro sobre a bolsa de colonoscopia:

R: deve ter alguém que não repara...¹¹²

S: é... deve ter alguém que não repara né...

¹¹⁰ Construção da supervisão considerando-a “no ângulo da posição inconsciente e não como uma prática didático pedagógica”; lugar que não é de análise, mas que se aproxima dele no sentido de não saturar o saber (Padilha, 2005, p. 106).

¹¹¹ APÊNDICE F (p. 174).

¹¹² APÊNDICE G (p. 186).

Além do eco, a noção de complementariedade é percebida pela pretensão de exatidão, presente no advérbio:

R1: e se a gente intervém e a paciente continua chorando não adiantou a intervenção...¹¹³

S1: exatamente...

Ou ainda:

R2: parece que, assim, ela projeta a não aceitação dela no outro né, e com isso ela cria uma plateia imaginária, como se estivesse sendo observada o tempo todo¹¹⁴...

S: isso, exatamente...

O advérbio **exatamente** não admite imprecisão: “é algo certo, preciso, justo, correto, conforme o modelo original e ainda esmerado e perfeito”¹¹⁵. E a narrativa não prossegue.

A noção de complementariedade reposiciona tanto o psicólogo-residente como o supervisor na mesma estrutura de discurso: como glosa, como ato de afirmação espelhada que age como identificação narcísica.

Troca-se, agora, a sequência enunciativa, observando-se que é o psicólogo-residente quem supervisor enuncia primeiro, obtendo o eco do supervisor:

S: então essa família já avançou muito né...

R: eu penso que sim... eu acho que a gente já conseguiu evoluir...

Muda-se o enunciador, mas a posição-sujeito persiste como eco mortífero (na sua acepção de tragédia mitológica¹¹⁶): a posição de sujeito no discurso não se altera; não importa

¹¹³ APÊNDICE E (p. 163).

¹¹⁴ APÊNDICE G (p.186).

¹¹⁵ Definição disponível em <http://www.dicionarioinformal.com.br/exatamente/>, acessado em 18 de out de 2015.

¹¹⁶ Na Mitologia grega, Eco era um ninfa sedutora que iludia com suas palavras e, por enganar Juno, foi condenada a apenas repetir as últimas palavras, não podendo falar em primeiro lugar. Conta o mito que Eco se apaixonou por Narciso e, ao segui-lo nas montanhas, repetindo-o, foi rejeitada por ele (crueldade que não constitui exceção a Narciso, que também rejeitou outras ninfas). Eco, por sofrimento, definhou e virou pedra, restando somente sua voz. Narciso, também amaldiçoado (por outra ninfa rejeitada) a não ser correspondido no

quem enuncia, pois se trata da posição-sujeito que intervém na função da verdade, do saber e no modo de gozo. A saga, tal qual a tragédia de Eco e Narciso, é de fixação amorosa.

Eco quer se fazer ouvir e, pelo ecoar, faz reproduzir tão só a voz do outro (e não é visto porque vira voz) e Narciso que só se vê e se apaixona pelo que vê: apenas a si mesmo – ambos definham. “Amor-paixão”¹¹⁷, plano de economia narcísica (libidinal) de sujeito, amor-fusão – vivido concretamente.

A especificidade da relação que se desenvolve no processo de supervisão é marcada pela peculiaridade dos laços estabelecidos de transferência e de amor. Se o laço é de amor de fusão, a supervisão é assinalada, no contexto apresentado, como relação de saturação, de preenchimento, de completude, de exatidão.

Dimensão imaginária; funcionamento próprio à identificação narcísica, ou do narcisismo secundário¹¹⁸.

A identificação narcísica ocorre quando, “aquilo que constitui o eu do sujeito faz-se numa certa relação da qual, ao longo do tempo, temos visto todas as variações, diferenças, nuances – prestígio, imponência, dominação – numa certa relação com a imagem do Outro” (Lacan, 1975/1986, p. 325).

Produz-se, a partir do eco de completude e de reafirmação (comandados pelo ideal do Eu¹¹⁹) e a partir de uma identificação narcísica, um discurso universitário, que coisifica o real, gozando dele e nele.

O discurso universitário pode ser entendido como uma expansão obrigatória do discurso do mestre, constituído como saber.

Se, por um lado o discurso do mestre produz o saber, o discurso universitário zela por mantê-lo (como ideal de amor recíproco), reorganizando os significantes e transmitindo-o sem acréscimos, como é a função da universidade¹²⁰.

De certo modo, a universidade constitui, portanto, obstáculo ao surgimento de significantes novos se forem destruidores da ordem estabelecida. O saber constituído constitui obstáculo a tomada em consideração do que não se inscreve nesse saber. Ele compõe a tela que cativa e captura

amor, apaixonou-se por si mesmo e foi consumido pela indiferença do aprisionamento pela sua própria imagem. In: Farias (n.d).

¹¹⁷ (Lacan, 1975/1986, p. 133).

¹¹⁸ O narcisismo secundário, ou a identificação narcísica é a identificação ao outro que possibilita que o homem “situe com precisão sua relação imaginária e libidinal ao mundo em geral. Está aí o que lhe permite ver no seu lugar, e estruturar, em função desse lugar e do seu mundo, seu ser” (Lacan, 1975/1986, p. 148).

¹¹⁹ Qualificada senão pela sua estruturação imaginária.

¹²⁰ “A função da universidade é a de recolher e transmitir o saber, compreendido com a informação organizada, capitalizada, cumulativa” (Clavreul, 1982. p. 167).

o olhar sobre os fatos constituídos por ele, mas com a exclusão dos outros fatos que aí não se inscrevem. (Clavreul, 1982, p.167)

A essência do discurso universitário se constitui por produzir um saber (gozo) que nomeia o impossível (S2 agindo em direção a *a*), que coisifica e fala produzindo um massificado, uma uniformização de saber. Esta uniformização é repetida, ecoada.

A repetição é eco, é noção mortificante dessa posição-sujeito que se funda em uma dialética de retorno do gozo. Na repetição, produz-se algo da ordem do defeito, do fracasso, que marca (como traço) o objeto perdido: “o que se repete não poderia estar de outro modo, em relação ao que repete, senão em perda”. (Lacan, 1970/1992b, p.44).

Essa uniformização ainda alude à complementaridade como produto-produção de identidades fusionadas:

R: eu penso que sim... eu acho que a gente já conseguiu evoluir¹²¹...

Atenta-se para o sublinhado, que devora a todos: família, supervisor e psicólogo-residente na impostura do “a gente já conseguiu evoluir”. Tal formação é transpassada pelo interdiscurso de cientificidade no caminho de manutenção de um discurso universitário: todos comungam sobre o que é evoluir, estão evoluindo, estudantes, estudados.

O interdiscurso de cientificidade tem ancoragem em formações ideológicas (com ressonâncias imaginárias cunhadas pela função do imaginário) que filiam historicamente o sujeito do discurso a um poder fálico. Há uma articulação significativa que dá sentido a outro significativo e, nessa resultante, há perda de gozo, porque advém sempre de um a-mais a recuperar, um “mais-de-gozar” lacaniano¹²².

O discurso universitário, “cão-de-guarda”¹²³ do discurso científico revela nova forma de fazer laço com o social, na tentativa de filiação com esse social, marcado pelo declínio da função paterna e da repetição como ensejo de falta.

A filiação de sujeito ao poder fálico, como intradiscurso, remete a uma memória que compõe a própria conjugação do campo de residência multiprofissional: conjugação de um

¹²¹ APÊNDICE F (p. 175).

¹²² No capítulo “Saber e Meio de Gozo”, em Lacan (1970/1992b), p. 37-51. Reitera-se, ainda, que a verdade é meio de gozo, capítulo que também articula o saber, o gozo e a verdade (p. 51-64).

¹²³ Expressão utilizada por Castro (2009, p. 247) para explicitar a função do discurso universitário postulado por Lacan à época da construção dos discursos frente às mudanças de configurações na família, na ciência, no trabalho e no mercado, ao qual o contexto universitário era um contexto privilegiado.

campo que considera a saúde muito ampliada e ainda conserva a lei como pai vivo pelos seus subprodutos (como as funções de supervisão, regulação e disciplinarização¹²⁴).

Paradoxalmente, o pai vivo (pela força da lei) faz ao sujeito declinar da função paterna (segundo o aforismo lacaniano de que pai bom é pai morto¹²⁵, posto que disto depreende-se o novo, na construção de novos significantes).

A supervisão é também instrumento de operacionalização do discurso social, mas também sinalizadora da falta que constitui o sujeito no discurso.

Decompondo, tem-se:

Super-visão.

Por que, afinal, haveria de se reafirmar o controle (pelo excesso da partícula **super**) se acaso já o tenha?

Eis o furo, o escape, a insígnia do real da linguagem.

A supervisão, como funcionamento, pretende operar pela contingência imaginária da função mediada pela transferência (creditação de amor como efeito destinado à posição de domínio de saber).

No portal digital do MEC que publiciza normas, atas, resoluções, comunicados, modelos de documentos e disponibiliza um canal de perguntas e respostas sobre Residência Multiprofissional¹²⁶, na Seção *Apresentações*, há um texto (com link de acesso direto) cuja materialidade orienta quanto ao papel do supervisor, diferenciando-o teoricamente do papel do preceptor e do tutor. Entretanto, na prática, os funcionamentos são bem interpenetrantes.

No texto, Botti e Rego (2008) justificam que os termos tutor, preceptor, mentor e supervisor não possuem, no Brasil, clara determinação em relação às funções executadas e que, **por isso** (discurso de mestria), os analisam conforme as designações utilizadas “pela comunidade científica **nacional e internacional**” (p. 363)[grifos nossos].

Os preceitos designantes no sujeito dessa posição de discurso são regidos pelo modo operado pela ciência (fixadas nos termos “nacional e internacional”).

¹²⁴ Esses subprodutos foram detalhadamente articulados em toda a extensão do capítulo 4: “Leis, Saúde e Residência Multiprofissional” da presente Tese.

¹²⁵ Segundo S. Teles (1999), o pai bom é o pai morto porque “quanto menos mergulhado no real estiver a pessoa do pai, melhores são as possibilidades metafóricas do significante do Nome-do-Pai” (p. 167)

¹²⁶ Residência Multiprofissional [Ministério da Educação], Portal MEC – recuperado em 16 de outubro de 2015, em <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.

O artigo define como supervisor na área de saúde àquele que tem o papel de “medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira em seus próprios ambientes clínicos” (Botti & Rego, 2008, p. 366).

Apesar de citar que a palavra supervisão pode ser utilizada em vários contextos educacionais, inclusive diferenciando posturas americanas de europeias, há uma replicação que obtempera:

Mas observar alguém no exercício de determinada atividade, zelar por esta pessoa e ter a certeza de que ela exerce sua atividade são as principais atividades do supervisor. Essa função, além de levar a adoção de padrões e modelos, leva também à análise de desempenho, o que pode dar ao supervisor um caráter muito formal, punitivo, disciplinar, de imposição e de poder. (Botti & Rego, 2008, p. 366-367)

Os autores titubeiam quanto a essa nomeação justificando que tal termo pode fornecer uma característica negativa associada à função de vigiar, mas aquiescem afirmando que, ainda sim, essa função é desejável e importante quando se refere a cuidar para que o jovem profissional exerça “corretamente”¹²⁷ suas funções.

À seu tempo, o papel do preceptor (expressão utilizada nos programas de residência multiprofissional em saúde) é demonstrado no texto em um quadro como diferente das outras funções (tutor, supervisor e mentor) caracterizando-se, principalmente, por “**ensinar a clinicar, por meio de instruções formais** e com determinados objetivos e metas; integrar conceitos e valores da escola e trabalho” [grifos nossos], cujo principal local de atuação são “situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho, devendo sim avaliar e que possui (como requisito) “conhecimento e habilidade para desempenhar procedimentos clínicos”, com competência pedagógica (Botti & Rego, p. 371).

Extrai-se:

Ensinar a clinicar

E:

por meio de instruções formais.

E ainda:

¹²⁷ Botti & Rego (2008, p. 367).

com competência pedagógica.

O pai como Lei reina operado pelo discurso científico e pedagógico; soma-se a isso que O Pai simbólico é muito abrangente e aprisiona, por alienação, o sujeito na modulação, no modo fluido de funcionar da ciência e do capitalismo, que mudaram os modos de gozo e de desejo.

A competência pedagógica é delegada à educação permanente.

O modo gozo circulante é mortificado pela fascinação de completude do saber (gozo mortífero). Este modo de gozo não outorga a dúvida, o não-saber.

É tudo exato, exatamente exato.

A super-visão funciona, nesse modelo, pelos princípios moduladores de preceptoria (que integra valores de escola e trabalho, em consonância com a política de educação em serviço e de educação permanente) e possui, no seu funcionamento desiderativo, uma ordenação daquele que dita, daquele que estabelece a demanda, da ordem do mais-um¹²⁸ (líder, chefe que personifica o Sujeito Suposto Saber e do *mais-um* que se isola como posição de multidão)¹²⁹.

Perante este funcionamento hierárquico de preceptoria (como organização social), se efetua uma identificação imaginária com o pai Ideal a fim de tornarem-se (supervisor e psicólogo-residente) uma “unidade fictícia”¹³⁰ balizada pela transferência (estabelecida pela necessidade de ser amado e pela ilusão de completude).

A unidade fictícia engendra o gozo mortífero porque não é a hierarquia que funda necessariamente a organização social, “mas o fato de que o sujeito não pode tomar a palavra senão a partir de uma posição fixada de antemão, o que determina o que ele deve ou não deve dizer” (Safouan, 1985, p.70).

Assim, a terminologia (supervisão ou preceptoria) não distingue o fazer, porque a qualidade significante é convergente.

¹²⁸ Safouan (1985) faz tais alusões em relação à formação de analistas, de modo que o analista é quem se autoriza para além de estruturas hierarquizantes e que o Sujeito Suposto Saber é fictício (ou deveria ser para que a relação estabelecida seja de análise).

¹²⁹ Em contraposição à supervisão psicanalítica. Na Psicanálise, a supervisão é dispositivo de função didática, mais uma questão de transmissão [pela transferência e posição de analista] do que de aprendizado; mas que não é uma aula nem um treino; depreende de uma posição de ética da Psicanálise na qual o supervisor também é causa de desejo (desejo de saber o não sabido) e não pressupõe ensinar, nem tampouco o já sabido. O processo é construído e não dado e preconiza os movimentos de sujeito no discurso rumo “ao sintoma, às fantasias, às passagens ao ato, aos acting-outs, etc” (Mendes, 2012, p.53).

¹³⁰ Safouan (1985, p. 63).

O endereçamento é creditado no outro a partir da convicção de que nesse outro reside algum-todo saber; ficção como resposta de amor ao que se crê deificado, por isso outro minúsculo: identificação narcísica.

Nesse processo de supervisão veiculado e ritualizado na residência multiprofissional em saúde mas há amor que é espelhamento.

Olhar para o Outro e ser ver ou se ouvir (tal Eco e Narciso) como pulsão aprisionante de alienação impede a constituição de Sujeito (\$) por não possibilitar o processo de separação (tanto na posição supervisor, como na posição supervisionando, fazendo-os fusionados).

Na psicanálise lacaniana, é a concepção do estádio do espelho que formaliza a construção do Eu. Essa concepção de formação do Eu a partir da vivência jubilosa na criança de sua imagem refletida é uma experiência que permite ao Eu visualizar seu corpo como realidade totalizante. Esse júbilo (de experiência marcada pelo visual) marca a consciência corporal e traça sua condição pulsional.

Freud (1969/1905), no artigo *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* já pensava o funcionamento do psiquismo a partir das vivências corporais movidas pelas pulsões auto eróticas e pela constituição de zonas erógenas. Reiterava, nesse contexto de manifestação da sexualidade infantil¹³¹ a importância do olhar (como pulsão escopofílica) e do tocar (exibicionismo) como fontes de excitação pulsional de natureza sexual de tal forma que o órgão fonte de tal excitação faz-se zona erógena¹³² e, em razão disso, se comporta como uma parte do aparelho sexual, em todas suas especificidades.

Cabe considerar que, no auto-erotismo, “a pulsão não está dirigida a outra pessoa; satisfaz-se no próprio corpo” (Freud, 1969/1905, p. 170).

Na super-visão, engendrada por esse funcionamento narcísico de pulsão escopofílica, a alienação nasce e prospera apoiando-se para além da satisfação instintual; há uma movimentação para manter-se em tal posição (ver e ser reconhecido, nomeado, falado, inscrito como linguagem) para além do prazer somático, movimento esse que, “a saber, quer o prazer extraído das sensações de movimento passivo é de natureza sexual ou produz excitação sexual” (Freud, 1969/1905, p. 191).

¹³¹ Como “disposição sexual universalmente perversa e polimorfa” (Freud, 1969/1905, p. 225).

¹³² “Não obstante, na escopofilia e no exibicionismo o olho corresponde a uma zona erógena” (Freud, 1969/1905, p.160).

Não há o atravessamento da castração como operação que funda o enigma e que faz do indivíduo, Sujeito (\$). Mantém-se, pelo aprisionamento a essa fase narcísica, a marca de dependência da passividade desse modo de organização libidinal.

Na pulsão escopofílica, há uma organização libidinal na qual o olhar surge como necessidade de ver e de ser visto; organização que surge não apenas como um sentido humano (visão, percepção, audição, tato e olfato), mas como função investida de libido, “libido de ver” (Quinet, 2004, p.10).

Na leitura lacaniana, “o olhar não se situa simplesmente no nível dos olhos. Os olhos podem muito bem não aparecer, estar mascarados. O olhar não é forçosamente a face de nosso semelhante, mas também a janela atrás da qual supomos que ele nos espia.” (Lacan, 1975/1986, p. 253).

Esta libido ‘de ver’ mobiliza outros objetivos pulsionais: o de ‘ser visto’ como par de complementariedade, de eco e de ilusão de empoderamento (é o falo).

Fazer-se Sujeito é ser marcado pela fala que rompe a contemplação; a fala fala, paradoxalmente, da condição de ser atravessado (condição de corte, barrado) pela falta. “como o sujeito não pode ser o falo, ele fala, ou, como se diz na primeira pessoa do singular da alíngua portuguesa: como não posso ser o falo, falo!” (S. Teles, 1999, p. 167).

A função supervisão opera, pois, por espelhamento de sua condição pulsional: supervisão.

Há uma colaboração de sentidos alienantes que reforçam a mimetização do desejo ao Outro social, dificultando a separação e gerando sofrimento em ambos indivíduos (supervisor e psicólogo-residente), a nível do Eu.

Dos supervisores, emergem questões-limites delineadas pela impotência:

S1: questões-limite... o que nós podemos como profissionais da psicologia nessas situações? Qual é o nosso papel? O que que nós podemos, nesse lugar de impotências, né? ¹³³

S2: (...) porque são muitas questões problemáticas que convergem... tem a questão da saúde mental, as questões clínicas e as questões sociais e todas essas áreas

¹³³ APÊNDICE E (p. 157).

problemáticas... então não tem um pilar consistente que vá dar conta desse caso. Que dispositivos, que aparelhos da rede que a gente tem pra dar conta?

Do psicólogo-residente, a impotência emerge em relação ao atendimento:

Pra: (...) eu me senti impotente mas mais com relação ao o que falar pra essa família... o que dizer... o que acompanhar...¹³⁴

A angústia não é sem objeto (Lacan, 2005). É pela impotência que a angústia implica o eu; é a angústia que se apresenta ao eu como sinal da divisão significante. Se o eu é o lugar do sinal, logo, o eu não é lugar de endereçamento.

O eu, na angústia, é lugar de implicação por questionamento; a angústia solicita a perda do eu. E o sujeito é chamado a responder de um lugar que ainda não fora marcado pela função o Nome-do-Pai¹³⁵.

Nesse sentido, a função de super-visão não garante nem a plenitude nem a completude almejadas – nem tampouco sustenta essa posição de *non-sense* (não saber) para advir o sujeito \$. Ao contrário, esta função vai ao encontro da completude, da resposta exata, da descrição biológica, da causa orgânica.

A supervisão, como processo, impõe ao par supervisionando-supervisor ocupar a mesma função: a de produzir signos congruentes ao ordenamento biológico. Esta lógica é o fio condutor na construção da identidade profissional do psicólogo no campo da saúde: assim ele o é multiprofissional, comungando deste mesmo pólo de saber (marcado por uma identificação maciça e aprisionante ao discurso médico). A supervisão se mostra como relação de saturação permeada pela informação útil que conduz ao conhecimento da realidade dada.

É assim que a posição-sujeito-psicólogo se faz precisar ser reconhecida ao olhar do Outro.

Se a angústia nasce à medida que o desejo do Outro não me reconhece, mas “interroga-me na raiz mesma de meu próprio desejo como *a*, como causa desse desejo e não como objeto” (Lacan, 2005, p. 169), há possibilidade de advir também desta posição o Sujeito.

¹³⁴ APÊNDICE E (p. 157).

¹³⁵ “A angústia, portanto, é um termo intermediário entre o gozo e o desejo, uma vez que e depois de superada a angústia, e fundamentado no tempo da angústia, que o desejo se constitui” (Lacan, 2005, p. 196).

O campo da multiprofissionalidade não comporta todas as respostas. Por isso interroga os indivíduos em sujeitos pela angústia: que queres de mim? E de onde o Sujeito responde?

No Livro 1: *Os Escritos técnicos de Freud*, Lacan diz que “o que insiste para ser satisfeito só pode ser satisfeito no reconhecimento. O fim do processo simbólico é que o não-ser venha a ser, que ele seja porque falou” (Lacan, 1978/1985c).

Assim, o que diz o desejo do Outro nesse processo de constituição de Sujeito?

Que (m) fala desse lugar de multiprofissionalidade?

5.4 Multiprofissionalidade e discurso capitalista

Da posição de sujeito ocupada a partir na condição de discurso do mestre e de discurso universitário (ora marcada no psicólogo-residente, ora no supervisor), assinalada nos gestos de análise dos recortes anteriores, alguns apontamentos complementares essenciais se fazem pertinentes à mudança que essa posição-sujeito sofre ao longo das transcrições.

Observa-se que há uma demissão da articulação significante, uma mudança do discurso do mestre em posição discurso do capitalista, face à entrada de novos elementos que re-posicionam o saber como produto, cuja autoridade dessa destituição ocorre, como cita Lacan (1970/1992b), da cópula do discurso científico com o discurso do capitalista e que cala por instantes o Sujeito Significante.

O discurso científico, na sua pertença de absolutização, exclui outros discursos, apagando demais possíveis sentidos e encontra, na avidez, o lastro ao discurso capitalista de mercantilização de produtos e de produção incessante. Por isso o discurso capitalista não marca o Sujeito como causa de desejo, mas como objeto.

Nesta absolutização de verdade radical, que não admite contendidas (ou se é científico ou não se é), silencia a história da constituição de outros sentidos possíveis, extinguindo qualquer polissemia, qualquer outro discurso, qualquer outra posição.

A relação comensal¹³⁶ da multiprofissionalidade com o discurso científico decorre da do termo multiprofissionalidade ser intrínseco ao que inaugura (nomeia):

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

A abertura que o advérbio (multiprofissional) pretende admitir apaga o processo de historização de cada profissão, tornando-se, todos, endireitados num só propósito: o de produzir saúde. Mas é uma saúde-capital, engendrada pela lógica do capital.

Além disso, surgem inúmeros subprodutos, verdadeiros *gadgets* no contexto das supervisões, que são genéricos utilizados na posição-sujeito de discurso capitalista e são logo abandonados, cuja função é ser produto, despojado, na ilusão de marcar lugar. O sujeito, nessa posição (posição-sujeito), passa a ser objeto, passa a ser produto.

Há uma consumição de fazeres que marca a mutação do discurso do mestre à do capitalista face ao discurso da ciência. O discurso científico reduz o sujeito àquilo que ele oferece.

Na concepção psicanalítica, o discurso da ciência só se sustenta por uma lógica que faz da verdade um jogo de valores. Esse jogo de valores é caracterizado por ser propositivo e restritivo, ou seja, “consiste em ordenar composições propostas de tal maneira que elas sejam sempre verdadeiras, seja qual for, verdadeiro ou falso, o valor das proposições elementares”. (Lacan, 1970/1992b, p. 84-85).

A lógica proposicional do discurso da ciência esvazia a potência dinâmica do jogo das composições discursivas.

É o que se observa no uso da expressão **qualidade de vida**, um produto também almejado com os atuais rearranjos da saúde ampliada.

O fazer da posição-sujeito-psicólogo-residente se resume ao que endossa, ao que produz como objeto de consumo.

Na Supervisão 2, observa-se o sujeito nessa posição justificando a relevância da aquisição de uma cama pela mãe do indivíduo hospitalizado (a supervisão diz respeito ao atendimento desta mãe):

¹³⁶ A relação comensal indicada entre multiprofissionalidade e discurso científico faz alusão à relação de comensalidade entre duas espécies ecológicas (portanto, naturalizadas), que vivem juntas e que uma se alimenta dos restos da outra sem que haja prejuízo a qualquer uma delas. <http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/comensalismo/1780/>, acessado em 13 de outubro de 2015.

R1: eles conseguiram com o amigo deles que mora lá nos Estados Unidos, fizeram um almoço lá... conseguiram 6 mil reais e aí ficou faltando 3 mil porque a cama custava 9 mil... pra ele essa cama é a melhor coisa que poderia acontecer...¹³⁷

E ainda acrescenta, no mesmo trecho:

R1: Pra ele ter qualidade de vida, pq ele não consegue movimentar o corpo

O termo surge em outras diversas formações discursivas que dizem respeito à esperança de dias melhores, ao controle da dor, ao controle das taxas de glicemia... submodos propositivos para a aquisição da qualidade de vida como produto final, que nunca se alcança (pois o significado da expressão se transforma de acordo com o discurso científico à qual se pretende equiparar).

A **qualidade de vida** não surge como questão, como enigma, mas como lei atual do mercado da saúde (assim como a universalidade, a integralidade, a descentralização) de modo que a oferta agencia a demanda, indicando-lhe o que lhe falta.

Reside aí a lógica do capital. Não se quer mais um mestre ou adquirir um saber: se quer produzir, produzir, produzir – e nesse processo, se produz sujeitos como recursos acumulados, multiprofissionalizados, capital de libido.

A lógica da multiprofissionalidade sinaliza uma suposta igualdade, mas abriga um aprisionamento regido pelo estatuto da ciência e pela cultura do novo capitalismo.

A *cultura do novo capitalismo*, termo cunhado por Ricardo Sennet nas Conferências sobre Ética, Política e Economia (proferidas na Universidade de Yale no ano de 2004) diz respeito ao sentido antropológico e não artístico do termo cultura. Há um questionamento que desafia não apenas as sociedades, mas o indivíduo sobre como manter a unidade face à fragmentação de valores e ideais dantes solidificados (o capitalismo quebra a unidade e dilui as responsabilidades).

A própria ampliação do conceito de saúde (a partir do final dos anos 80 e início dos anos 90 no Brasil) quebra a unidade da saúde dantes vinculada apenas o corpo biológico e designada como dever apenas ao Estado (como provedor dessa condição). Agora, a conquista

¹³⁷ APÊNDICE F (p. 179).

da saúde implica garantias no campo da alimentação, do transporte, do meio-ambiente, no campo do repouso, do lazer e segurança, da participação popular, no direito à liberdade, no acesso universal e igualitário¹³⁸ aos dispositivos de saúde.

Nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a multiprofissionalidade é o talento a ser conquistado para se conseguir tais garantias; mas isso não se efetiva, é perpetuado como condição de busca permanente.

A multiprofissionalidade surge, nesse contexto, como resposta à “como desenvolver novas capacidades potenciais, à medida que vão mudando as exigências da realidade” (Sennett, 2006, p.13), de forma que (esse) talento é também promovido, venerado, perpetuado e (im)posto como cultura.

A cultura de culto ao talento multiprofissional é mantida com a vinculação à educação permanente, que se transforma em política pública¹³⁹, cuja veiculação ideológica acena para “mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde, tendo em vista a humanização, a integralidade e o trabalho em equipes matriciais na organização do trabalho em saúde” (Resolução n. 335, de 27 de novembro de 2003).

É o culto às chamadas “sociedades de capacitação” (Sennett, 2006, p.20), no qual o comportamento de consumo guarda correspondência com as atitudes políticas.

Ao contrário do que propõem (fluidez nos processos e liberdade aos indivíduos), as sociedades de capacitação operam por um contingenciamento fluido, por **modulação** e não mais por **modelação** (do indivíduo nas fábricas, nas escolas, nas instituições). É um controle efetivo e velado, que escapa à liberdade que pretende.

O princípio modulador do ‘salário por mérito’ tenta a própria Educação nacional: com efeito, assim como a empresa substitui a fábrica, a *formação permanente* tende a substituir a escola e o controle contínuo o exame. Este é o meio mais garantido de garantir a empresa à escola. [itálicos do autor] (Deleuze, 2008, p.221).

Gilles Deleuze, pensador das novas configurações e agenciamentos das políticas e formas capitalistas de produção nomeia as sociedades contemporâneas justamente como “sociedades de controle”, em oposição às sociedades disciplinares¹⁴⁰ que subordinavam pela

¹³⁸ Item 5, da Seção ‘Saúde como Direito’ do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986).

¹³⁹ “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, Resolução 335, de 27 de novembro de 2003.

¹⁴⁰ Segundo Foucault (1979), em Microfísica do poder, cada época vai operar discursos para produzir indivíduos que lhe satisfaçam em nome do poder. A sociedade disciplinar emerge no início do século XVII e se estende até meados de XIX na Europa, intensamente influenciada pelos ideais da burguesia e do capitalismo moderno.

disciplina os corpos para o trabalho (próprias da época inicial do capitalismo de fábrica, burocrático, institucionalizado e regulador da Revolução Industrial).

A lógica da multiprofissionalidade funciona como uma dívida eterna, que não cessa; e é uma lógica do discurso capitalista, que aparentemente se desvincula da hierarquia e veicula a liberdade, mas opera pelo apagamento do controle (que impera por modulação).

Segundo Valas (2001), “o sujeito (\$) que administra o DC¹⁴¹, esse sujeito é qualificado como sujeito ‘da livre empresa’, ao passo que ele é, de fato, o empregado desse discurso, é literalmente aspirado para produzir-se como detrito (objeto a)” [grifos do autor] (p.78-79).

Os programas de Residência Multiprofissional contemplam também a dimensão laboral, do trabalho, ao se denominar educação **em serviço**, inclusive com remuneração por bolsas¹⁴² que endossa, que paga pelo serviço.

O discurso do sujeito em posição do capitalista é intrínseco às mudanças no mundo do trabalho, numa via de mão-dupla, na medida em que o trabalho “não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, é também fonte de identificação e auto-estima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade” (Navarro & Padilha, 2007, p.15).

As mudanças no mundo do trabalho¹⁴³ produzem, por sua vez, a lógica do capital.

A lógica do capital, proliferada pelo discurso capitalista e pela ciência, possui ainda a peculiaridade de uma proposição do cientista feita ao mestre que possui, como consequência, o assujeitamento em nome do poder:

Opostamente ao esquema de escravidão, no qual o senhor se apoderava do corpo e impunha submissão afim de obtenção do produto final, a sociedade disciplinar (ou moderna) desconstruiu a categoria de sujeito individual, decompondo-o em habilidades e competências (uma microregulação de poder). A Sociedade Disciplinar preconizava uma disciplinarização pela habilidade, pela eficácia, pelo adestramento de *corpos dóceis* (e não mais pela força como na sociedade escravagista). A docilização funcionava como uma microfísica de poder, fazendo funcionar os espaços e as condutas como passíveis de vigilância e controle, com técnicas apuradas de posturas (imposição de gestos corretos), imposição de programas (controle de fases, de resultados, de horários, de postos de trabalho), de quadriculação do espaço (filas, muros, cercas, etc).

No entanto, após a 2ª Guerra Mundial e os novos desenvolvimentos tecnológicos (que inauguram o novo capitalismo), a disciplinarização já não se sustenta e emerge a lógica da modulação constante, um controle infinito que dispensa o confinamento (prisões, escolas, asilos, hospitais). O controle, no entanto, é uma lógica aparentemente mais fluida, mas muito mais eficaz: porque coloca o sujeito eterno devedor (sociedade de controle, como indica Deleuze (2008) nos *Post Scriptum* sobre as Sociedades de Controle. O salário é substituído pela produtividade, o poder é imiscuído e invisível. A modelagem produz o indivíduo, ao passo que a modulação produz o *dividual*: o dobro, o triplo, o múltiplo. O que elas tem em comum? O empoderamento e a dominação.

¹⁴¹ Discurso do Capitalista.

¹⁴² Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, conforme Portaria 1.111/GM de 5 de julho de 2005.

¹⁴³ Tais mudanças incidem basicamente na descartabilidade e fetichização das mercadorias, na troca em detrimento ao uso, na indução de práticas produtivas orientadas para o descarte e na coisificação dos sujeitos. (Navarro & Padilha, 2005)

O cientista pode propor ao mestre a fabricação de uma ‘arma absoluta’ (a Coisa), com a condição de que este lhe dê os meios materiais para isso. Se o mestre aceita, cai sob a dependência do cientista, pois efetivamente ele tem que negociar com o cientista, se quiser conservar o semblante de poder. (Vallas, 2001, p.77).

Assim, o discurso capitalista faz-se segregador e não produz laço porque a lógica do capital é sustentada pela fabricação da falta de gozo e por sujeitos em posição de insaciabilidade – em nome do discurso científico.

Os Programas de Residência Multiprofissional conclamam uma série de profissões (assistentes sociais, fisioterapeutas, biólogos, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, psicólogos, biomédicos, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, enfermeiros) e contam com financiamento de bolsas pelo Estado (aparelhamento de políticas).

Como os Programas são considerados especialização *lato sensu*, preconizam ainda uma Educação Permanente que sustenta essa lógica de aprendizado-assistência e de educação em serviço, num movimento atravessado pela ideologia (já discutido quando amplia-se a concepção de saúde) e num movimento que delega tanto a saúde como a educação permanente como co-responsabilização da sociedade, dos especialistas, do indivíduo (microrregulação).

No entanto, há um mal-estar de sujeito nessa posição de lógica do capital e de discurso do capitalista, observado sintomaticamente repetindo-se em vários trechos das transcrições. O mal-estar é marcado pelo sem-lugar e inscrito na materialidade.

Na Supervisão 1, a psicóloga-residente se depara com uma situação social e econômica supostamente precária da mãe do indivíduo internado que escapa à naturalização da saúde e que esvazia os recursos de atendimento. Defronte ao impossível (que é lidar com a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida em todas as suas extensões), a situação faz aparecer a impotência, a angústia e o não-saber.

PRa: Aí eu falei: ah, então a senhora arca com as despesas da casa com esse benefício... e ela disse sim... aí... a gente fica assim... gente, como é que é isso, entendeu? Vc fica...¹⁴⁴

S: o que é que eu faço, né...

¹⁴⁴ APÊNDICE E (p.156).

PRa: é, o que é que eu faço... porque você fica numa impotência total...

Na Supervisão 2¹⁴⁵, há um sujeito em deriva, claudicante, que se pré-ocupa com o histórico (com o que é carimbado como verdade):

R1: bom, ela tá lidando bem, sabe, eu fiquei preocupada nos primeiros atendimentos por causa dessa história de ... do histórico dela de depressão, de já ter tomado medicamento, de já ter feito psicoterapia... daí eu fiquei preocu... né... atenta a isso¹⁴⁶

A reprodução é produtora de sentidos e de estranhamentos.

Se por um lado, a lógica do capital e o sujeito na posição do discurso capitalista alienam o trabalhador no fetiche do mercado, ao ver-se mercadoria (logo impotente), o trabalhador, o psicólogo-residente que, “como se ‘genérico’, representa toda a humanidade, encontra-se estranhado” (Navarro & Padilha, 2005, p.16).

O estranhamento irrompe as certezas nas transcrições pela via da angústia, interrogando a posição de sujeito tanto na sua relação com o desejo como na sua identificação narcísica: “o que quer ele deste lugar do eu”? (Lacan, 2005, p.14). Desta perspectiva lacaniana, a angústia não é sem objeto, ela trata do resto (objeto a) como suporte do desejo.

“É a partir do Outro que o *a* assume seu isolamento e é na relação do sujeito com o Outro que ele se constitui como resto” (Lacan, 2005, p. 128).

A inserção na multiprofissionalidade cria especificidades estanques, produzindo estranhamentos próprios, sintomáticos. A divisão do sujeito, sob o enigma que cria sua divisão (o que queres de mim?) instaura (pela falta) o tangenciamento ao real.

O *sinthoma*¹⁴⁷, por sua vez, faz furo nesse real pela linguagem.

A saúde, organizada pelo discurso científico-capitalista, favorece a construção estanque da multiprofissionalidade e sua produção é sintomática.

¹⁴⁵ APÊNDICE F.

¹⁴⁶ APÊNDICE F (p. 181).

¹⁴⁷ Lacan (2007).

“Todas as sociedades produzem estranhos. Mas cada espécie de sociedade produz sua própria espécie de estranhos e os produz de sua própria maneira, inimitável.” (Bauman, 1998, p.27).

A espécie de estranho-estranhamento produzido neste contexto de Educação, Saúde e Multiprofissionalidade parece amalgamar a junção de modos discursivos (como efeitos de sentidos) que congregam discurso pedagógico, discurso científico e discurso capitalista na órbita tanto do modelo ampliado de saúde como face ao modelo de educação em serviço preconizados nos programas de residência multiprofissional.

O discurso pedagógico, por sua vez, é gregário à política de educação em serviço quando passa de uma tendência (educativa da modernidade) a um determinismo imposto por ideologia. A ideologia endossa o referencial teórico no qual “a educação em serviços ressalta o potencial educativo do trabalho cotidiano e orienta a aprendizagem enquanto um processo contínuo e de natureza participativa” (Garcia, 2000, p.72).

Este discurso pedagógico gregário à educação permanente ressoa no ideal da posição-sujeito, de modo que o saber construído não está no sujeito produtor do discurso – desempoderando-o. Por esta relação de poder é que o discurso pedagógico está situado como discurso autoritário¹⁴⁸: por produzir relações dissonantes próprias às formações imaginárias (donde a posição-sujeito responde do pólo que o Outro que ouvir, destituindo-se de produtor de saber).

Além do mais, a educação permanente imiscui-se ao discurso pedagógico também por se caracterizar pela sua vertente de utilidade, à qual a posição-sujeito-psicólogo-residente apreende o que pode ser útil na prática (bem explícito no caráter higienista das intervenções psicológicas no contexto hospitalar) e também por uma apropriação do caráter de cientificidade das intervenções (baseadas na ordem médica, classificatória e objetivista).

As intervenções respondem ao papel social das ações de saúde, mesmo visando subverter tal posicionamento, mesmo querendo suplantar o modelo biomédico.

O discurso pedagógico é realçado na materialidade escrita disponível no site do MEC¹⁴⁹ que endossa e justifica o modelo coletivo de pensar e de agir nos programas de residência multiprofissional.

¹⁴⁸ Orlandi (1987).

¹⁴⁹ Artigo “Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem nos serviços de saúde”, de Garcia (2000).

O ‘novo’¹⁵⁰ modelo orienta o fazer baseando-se na mudança dos modelos tecno-assistenciais ocorridos nas últimas décadas, alicerçados nos princípios de integralidade do SUS, que exige, agora, “um agir-pensar coletivo voltado à *defesa da vida*” [itálicos do autor] (Garcia, 2000, p. 77).

Esse modelo, mesmo equidistante da educação formal e institucionalizada na escola, dilui a institucionalização do saber no campo social e da saúde ao implicar uma educação permanente nos serviços – “que se impõe no cotidiano, nas relações entre sujeito e na comunicação/interação de seus projetos” (Garcia, 2000, p. 77).

O princípio vigente é o de substância a-mais, multi, amplo e coletivo para educar as relações do indivíduo com o seu corpo (veiculado pela promoção da saúde) e do indivíduo responsável por si mesmo (veiculado pela autonomia de cuidado).

Há, por conseguinte, uma questão que emerge dessa junção de profissões diante do estranhamento que ela opera.

Conseguiria, a multiprofissionalidade, ou as posições de sujeito que nela residem ou dela emergem, dar conta do impossível do real ?

¹⁵⁰ Em contraponto ao modelo biomédico existente anteriormente a este proposto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se inicia com alguns questionamentos e talvez não vá terminar sem outros.

Longe de se escusar às devidas análises, o movimento de questionamento é intrínseco ao objeto de pesquisa e à metodologia empenhada. É a este desprendimento – das certezas e das verdades lógico-formais, racionalistas – que se sujeitam tanto o analista de discurso como o psicanalista.

Como saberes venatórios, que seguem pistas, rastros e indícios, as investigações balisadas pela Análise de Discurso e pela Psicanálise Lacaniana possibilitaram-nos acesso a realidades densas e complexas, construídas mediante estruturas do nosso tempo, da nossa atualidade – e também das posições-sujeitos produzidas frente a esta conjuntura.

A Residência Multiprofissional em Saúde é campo complexo e denso, que coloca novas questões ao sujeito do inconsciente. Não é uma realidade transparente e natural, como almeja ser. É opaca e aponta para diversas articulações significantes porque é povoada. Os fazeres (as práticas) implicam indivíduos e sujeitos (divididos pela relação com o saber e a verdade). Por isso não é uma realidade estática e nem sequer naturalizada.

Estes indivíduos são inseridos, esperados, desejados na função da multiprofissionalidade. Ao propor esta realidade, a Residência Multiprofissional se posiciona campo-Outro (desejante porque também faltante) que rege valores e produz significantes em cadeias, que age como metáfora do Nome-do-Pai – a última palavra.

Neste contexto, muitos elementos são inseridos e atuam também como formações ideológicas na associação aos princípios doutrinadores, em especial aos do SUS – de integralidade, de universalidade, de equidade, de descentralização, de pactuação e de gestão social da saúde.

Para isso, soma-se a alteração do conceito de saúde no Brasil desde as premissas da Reforma Sanitarista, nas décadas de 60 e 70. A alteração, à análise discursiva, engendra uma ampliação conceitual, visto que a saúde, agora, é entendida atrelada às condições sociais, de moradia, de transporte, de alimentação, de acesso à rede de saúde e à seguridade social. Entretanto, mantém operando pelo discurso modelos de regulação, estruturação e controle, deixando restos, equívocos, opacidades que se pronunciam nas entrelinhas.

Incide em um modelo de saúde que se pretende totalitária e que incorpora, como memória discursiva, o intradiscurso do higienismo e de valores *plenos, universais e seguros em todos os níveis* – adjetivos e expressões extraídas das próprias materialidades analisadas.

Imerso em condições de produção que indicam – ou pretendem indicar – uma abolição aos princípios ditatoriais vigentes antes da Constituição de 1988, o novo modelo permanece não olhando para o que claudica, para a especificidade do sofrimento que a falta da saúde aponta; o novo modelo volta seu olhar e suas práticas para os modos de controle das condições sanitárias e sociais, afim de que a doença não apareça. Disso, surge uma infinidade de Leis, de Resoluções, de Normativas e de palavras de Lei que visam garantir o cumprimento dos princípios idealizados.

Tais Leis, Resoluções e Portarias são também aplicadas à regulamentação da Residência Multiprofissional, haja vista a extensão da materialidade escrita analisada, totalizando 12 documentos-textos.

O texto, também para a Análise de Discurso, é objeto empírico e não necessariamente objeto físico; e se distancia radicalmente da “ilusão de evidência de que há sequências de linguagem que se caracterizam por ter um princípio e um fim” (Guimarães, 1995, p. 66). O texto está reverberado à enunciação e à interpelação, à sua potência enunciativa de tornar-se acontecimento histórico e acontecimento linguístico, transpassado pelo inter e pelo intradiscurso, que se manifestam na dispersão, nos equívocos de linguagem.

O texto interessa a uma abordagem enunciativa dado, sobretudo, à sua instabilidade significativa, ou seja, dado à emergência de posições enunciativas tomadas como discurso e não como situação – não é a leitura de uma situação, não é a palavra final – mas palavra em suspenso, com possibilidade de vir-a-ser dado à historicidade e à posição-sujeito.

Esta é a operação enunciativa fundamental para a textualidade: construir como unidade o que é disperso; produzir a ilusão de um presente sem memória. E por isso o texto está inapelavelmente aberto à interpretação, que percorre as linhas da dispersão, da memória. ... Todas as chamadas operações próprias da textualidade e todos os procedimentos que funcionam para estas operações, são processos da construção da ilusão de unidade. (Guimarães, 1995, p. 67).

As Leis e Resoluções aliam-se a princípios doutrinadores da saúde na ilusão de enfatizar um discurso cientificista, racional e positivo cuja memória convida ao aprisionamento pela imagem do espelho, na condição alienante e reguladora e no modo mortífero de gozo. Assim, a Residência Multiprofissional funciona por incorporar e por constituir-se pelo discurso do Direito.

A lei **cria** os Programas de Residência Multiprofissional no Brasil, **autoriza**-os mediante condições específicas, **orienta** e **regulamenta** seu funcionamento; **direciona** seu curso mediante educação permanente; **sanciona** portarias, **des-sanciona**, **manda cumprir** o que autoriza, **institui** e **concede** benesses como reforço (pelo programa de bolsas de estudo e remunerações a funções de coordenação de comissões). O discurso do Direito, por sua vez, congrega a tudo e a todos no imperativo do “deve ser assim” e faz parecer-se inaugural nas suas posições reiteradas de Aparelho Ideológico de Estado.

Os Aparelhos Ideológicos de Estado, como já visto, atuam mais pela força da ideologia do que repressiva e não se distinguem na esfera pública ou privada. O aparelhamento é visível pelo modo estatal de governar as práticas diárias pela ideologia (como função imaginária).

A função dos Aparelhos Ideológicos de Estado é a manutenção da estrutura político-jurídica mediante a reprodução das relações estabelecidas e assujeitantes.

A Lei, neste sentido, cumpre o papel ideológico de manutenção da ordem, regulação da sociedade e organização dos sujeitos e das práticas – em prol do progresso, do desenvolvimento, da ciência positiva.

Em contrapartida, como textualidade, a Lei e as materialidades escritas (bem como as orais) são um “vir-a-ser” – marcadas justamente por esta ilusão do “eu sou”. Esse é o ponto-de-partida à interpretação: as construções imaginárias e as posições-sujeitos produzidas frente ao Sujeito (dividido) da psicanálise.

Este sujeito, dividido, faltante e marcado pela instabilidade de certezas face ao enigma que o questiona: “quem sou?”, “o que faço?”, “o que queres de mim?” é interpelado pelo desejo do Outro; esse é o sujeito da psicanálise: sujeito barrado (\$). É este sujeito, barrado, que emerge da textualidade.

O sujeito barrado é, ao mesmo tempo, limitação e retificação.

A realidade – faltante – mostra-lhe uma imagem que exige a saída da metáfora: há um mal-estar que o questiona, que é inoportuno à posição de assujeitamento e que faz demanda, que exige uma mudança de posição.

A análise das materialidades orais (na forma das transcrições das supervisões) acompanhou e interpretou as elações da posição-sujeito à medida que a narrativa e os impasses foram se apresentando.

Partimos da condição de que o lugar ocupado pela palavra no discurso é constituinte da posição-sujeito na realidade (construída a partir de cadeias significantes); e é a esta interlocução que cabe à prática clínica.

A relação como saber e com o gozo, para a Psicanálise, tece a forma de como o sujeito (dividido) se posiciona nos enlaces pessoais e profissionais, fazendo-se enunciação para lidar com a castração.

Como o sujeito vive, trabalha e é educado se relacionam, para a Psicanálise, porque há, pela via do Outro, endereçamento e desejo.

No plano da articulação significante, que dialoga linguagem com inconsciente, a relação do sujeito com o saber se define pela relação que ele – o sujeito – estabelece com o mundo. Esta relação (que o sujeito estabelece com o mundo e com o saber adquirido/advindo deste) é, para a psicanálise, sempre lacunar.

É lacunar porque o lugar do qual se fala, se enuncia e se posiciona não comporta a totalidade. Há sempre uma ambiguidade, um resto, um não-dito, que persiste. É este resto que move o desejo (pela falta) e que impulsiona o viver. Por isso é não-limitante. O lugar do qual se fala, goza de si e em si.

Estas propriedades significantes instauram, pela mentira, pelo não-dito, a verdade do sujeito no discurso. A verdade do sujeito como efeito de significante, atravessado pela palavra que faz furo no real.

O que percebemos, no engendrar das supervisões, é que a posição-sujeito na narração (como interposto de enunciação significante) deixa-se invadir pelo chamado discurso-outro pêchetiano. É a sua essência de falar pelo Outro (A) que há, no dizer, um dito que se contradiz, que é prevaricador da unidade e que descentra as certezas, as coerências.

O deslizar de sentidos se processa mediante outros sentidos, em cadeias que só podem ser captadas no movimento em negativo, de estagnação-renovação-atualização.

Emerge, da condição assujeitante e sedutora do discurso científico-positivista, uma posição-sujeito extremamente filiada à ordem médica, ao qual independe que o indivíduo esteja na função de psicólogo ou de preceptor, ao passo que – na mesma posição de discurso de mestre ou de universitário – coadunam com um modo de leitura da situação analítica vinculada apenas às condições orgânicas, biológicas, nosológicas e nosográficas. Assim, a escuta clínica e a intervenção psicológica são voltadas à re-organização física e à promoção de bem-estar; os esforços são empenhados em livrar a pessoa internada do contato com a vulnerabilidade (associando-se noções de prevenção); os atendimentos são direcionados,

outrora, por uma procura de meios para inserir os indivíduos hospitalizados na rede de cuidados preconizados e direcionados pelos princípios do SUS. As condutas espelham as chamadas “atitudes científicas” (Hilix & Marx, 1973, p. 20) perante a concepção de homem cartesiano, previsível, adaptativo.

O discurso científico, nesse íterim, aponta para as tentativas de se fazer desaparecer a referência ao Real pela exclusão do olhar para com o sujeito do inconsciente. Ocorre que a opacificação do Sujeito (em *Spaltung*, cisão, em clivagem) acentua a divisão¹⁵¹ diante da falta e o estranhamento surge da impossibilidade de domar, de tampar, o efeito-desejo.

A lógica do capital demite da articulação significativa o discurso do mestre (e, porventura, o do universitário) quando novos elementos reposicionam o saber como mercadoria. Esta lógica é apontada pela contingência da formação permanente (pelas Resoluções e ideologias de Educação Permanente) que eterniza a produção. Destarte, a educação permanente e a multiprofissionalidade aprisionam o sujeito ao status de eterno devedor, produtor que só tem valia à medida que produz – logo: há uma objetualização do saber.

O discurso capitalista, assim, cunha ao sujeito a insígnia de objeto (e não de causa de desejo) e fetichiza o trabalho também multi-cizado: educação em serviço, especialização pelo trabalho, discurso pedagógico, aprendizagem contínua e de natureza participativa.

Admitir o resto é, portanto, uma postura ética para a Psicanálise, uma vez que o sujeito retorna (pela repetição), ao lugar de objeto perdido. É na linguagem e na articulação com esta que o Sujeito se constitui. É neste lugar faltante-falante que o Sujeito se posiciona como discurso e recoloca a linguagem como modo de gozo – porque se constitui nela.

Do psicólogo no programa de residência multiprofissional em saúde, sentença primeira que enuncia esse trabalho, empreendeu esforços para – do estatuto do indivíduo, tangenciar o sujeito da linguagem e do inconsciente. O modo de realizar tal premissa valeu-se da posição-sujeito e dos entrelaçamentos entre a análise de discurso pêchetiana e da psicanálise lacaniana sem, no entanto, transpor uma à outra.

A AD, a seu turno, valeu-se de saber que se posta à desnaturalização de sentidos já-dados. Foi utilizada como construto que rompe com a análise de conteúdo, que toma o discurso como efeito de sentidos, que surge como postura teórica e metodológica

¹⁵¹ Conforme Bastos (2006), “a divisão do sujeito é constitutiva do desejo e não constituída. Isso leva a compreender um desdobramento do qual o sujeito viria padecer na busca de uma harmonia impossível das tendências” (p.63).

comprometida com o equívoco e como disciplina que se firma na cena linguístico-discursiva a partir das tentativas reiteradas de analisar o papel social do sujeito no dizer, bem como analisa suas implicações históricas em suas relações inconscientes.

Este é o ponto de toque com a Psicanálise, em especial na direção da psicanálise lacaniana. A interpretação, como postura também teórico-metodológica age neste campo-Outro e em suas relações significantes (Sujeito-Outro).

Evidencia-se, ademais, que a adesividade à convicção de modelo científico de atendimento psicológico no programa de residência multiprofissional – seja por meio de interpelação ideológica, seja por identificação significante-alienante – promove uma inclusão imaginária do psicólogo à multiprofissionalidade e aos anseios amplos de todo um paradigma dominante de saúde. Esta inclusão, paradoxalmente, o exclui à medida que emerge, da falta, o Sujeito, dividido (ao se perceber que não consegue preencher a falta no campo do Outro e de multi-Outros).

A demissão dessa posição imaginária (de inclusão multi-profissional) possibilitou, meu ver, a inclusão do Sujeito em um campo não-estático e sem garantias: o sujeito lançado no campo da angústia.

“A angústia é algo que não engana e surge diante de algo irreduzível ao real” (Vieira, n.d, p. 38).

Só mediante a angústia, que não é sem objeto, que há chance de mudança de posição – pelo resto que insiste em fazer sentido.

A análise de discurso e a psicanálise lacaniana, sobretudo, admitem que, mesmo na articulação angustiante, há um resto.

Há um sem-dizer.

Esse sem-dizer reverbera – abre e fecha em modos, em posições-sujeito.

Resto como o que é remanescente, em negativo; e o que é saldo, em possibilidade de um vir-a-ser – reiterando a potência criativa e recolocando o sujeito em outros giros discursivos.

Enfim, cabe acolher o estranhamento – que é também familiar e persistir articulando a angústia com a falta – que também sempre há de existir, reconstruindo histórias e estórias, fanstasmáticas e míticas, recortes da realidade e brasões na sustentação da mesma realidade, tecida nada menos que por sentidos.

Nada menos, uma vez que “o sentido, se posso dizê-lo, carrega o peso de ser” (Lacan, 1970/1992b, p.56).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁵²

- Agamben, G. (2006). *A linguagem e a morte: um seminário sobre o lugar da negatividade* (Burigo, H. trad.). Belo Horizonte: Editoria UFMG.
- Almeida Filho, N. (2000). Qual o sentido do termo saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 300-301. Recuperado em 17 de Setembro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200001&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2000000200001.
- Althusser, L. (1970). *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado* (3a ed.). Lisboa: Presença.
- Araújo, E. A. (2006). Por uma ciência formativa e indiciária: proposta epistemológica para a ciência da informação. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 1-14.
- Authier-Revuz, J. (1998). *Palavras incertas: as não-coincidências do dizer* (Pfeiffer, C. R. C. et al, trad.). Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Bastos, C. R. (2006). *O sujeito no primeiro ensino de Lacan: Lacan e o descentramento do cogito cartesiano*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. Recuperado em 05 de maio de 2012, de http://www.pucminas.br/documentos/dissertacoes_claudio_bastos.pdf.
- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade* (Gama, M., Gama, C. M, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Benjamim, W. (1985). A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica. In *Obras Escolhidas: Magia e Técnica, Arte e Política*. São Paulo: Brasiliense.
- Blanchot, M. (2007). *A conversa infinita - a experiência limite* (Moura Jr., J. trad.). São Paulo: Escuta.
- Bleger, J. (1984). *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artmed.

¹⁵² De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Botti, S. H., & Rego, S. (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 363-373.
- Bueno, F. S. (1991). *Minidicionário da Língua Portuguesa* (5a ed.). São Paulo: Lisa.
- Bulhões, M. A. (2003). Clínica das psicoses: armadura simbólica. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre* 10(25), 40-47. (Publicação interna)
- Cardoso, A. F. A. G (2008). *Interdiscursividade na instância enunciativa "Seleções"*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Letras e Linguística, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil. Recuperado em 23 de abril de 2015, de: http://www.bdtu.ufu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2329.
- Calvino, Í. (1973). *O castelo dos destinos cruzados*. (Barroso, I. trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Calvino, Í. (1990). *As cidades Invisíveis*. (Mainard, D. trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Carnoy, M. (1984). *Educação, economia e estado: base e superestrutura, relações e mediações* (Zibas, D. M. L. trad.). São Paulo: Cortez.
- Castro, J. E. (2009). Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. *Ágora*, 7(2), 245-258.
- Certeau, M. (1982). *A escrita da história* (Menezes, M. L. trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cesarotto, O. Leite, M. P. S. (1984). *O que é psicanálise*. (2a. ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Chaves, W. C. (2006). *O Estatuto do Real em Lacan: dos primeiros escritos ao seminário VII, a ética da psicanálise*. Tese de Doutorado, Departamento de Filosofia e Metodologia das Ciências, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.
- Clavreul, J. (1982). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.

Código Internacional de Doenças (versão 10) – CID 10. Recuperado em 12 de novembro de 2015, de www.cid10.com.br.

Coelho, C. M. S. (2006). Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. *Mental*, 4(6), 107-121.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 05 de outubro). Recuperado em 08 de novembro de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

Courtine, J. J. (1981). Quelques problèmes theoriques et methodologiques em analyse du discours: à propos du discours communiste adressé aux chrétiens. *Langages*, 15(62), 9-128. Recuperado em 18 de setembro de 2015, de http://demo.persee.fr/doc/lgge_0458-726x_1981_num_15_62_1873.

Dados sobre Programas de Residência. *Perguntas e respostas sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde*. [Ministério da Educação, Portal MEC]. Recuperado em 28 de maio de 2013, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168&Itemid=813#22.

Deleuze, G. (2008). *Conversações* (7a ed.) (Pélbart, P. P. trad.). São Paulo: Editora 34. (Original publicado em 1990).

Descartes, R (2001). *Discurso do método* (3a ed.) (Galvão, M. E. trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Dor, J. (1989). *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. (Reis, C. E. trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Escorel, S., Nascimento, D. R., Elder, F. C. (2005). As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, N. T. et al. (Orgs). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Escorel, S. (2008). História das políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, L. et al. (Orgs). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Farias, G. (n.d). *A mitologia na história: a mitologia grega Eco e Narciso* (blog archive). Recuperado em 25 de novembro de 2015, de <http://amitologianahistoria.blogspot.com.br/2010/08/mitologia-grega-eco-e-narciso.html>.
- Fernandes, M. H. (2005). *Corpo*. São Paulo: Coleção Clínica Psicanalítica Casa do Psicólogo.
- Foucault, M. (1963) *O Nascimento da Clínica*. (6a ed) (Machado, R. trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia* (Shalders, L. R. trad.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1979) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1987a). *A arqueologia do saber* (4a ed.) (Neves, L. F. trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1969).
- Foucault, M. (1987b). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (20a ed.) (Ramallete, R. trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1975).
- Foucault, M. (2005). *A ordem do Discurso - aula inaugural no Collège de France pronunciada em 02 de Dezembro de 1970* (12a ed.). São Paulo: Loyola.
- Frayze-Pereira, J. A. (1982). *O que é loucura*. São Paulo: Coleção Primeiros Passos Brasiliense.
- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (3a ed.) (Ribeiro, V. trad.), v. 7. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1969).
- Furlanetto, M. (2003). Sujeito epistêmico e materialidade do discurso: o efeito de singularidade. *Linguagem em (Dis)curso*, 3, 91-119.
- Gadet, F. & Pêcheux, M. (2004). *A língua inatingível: o discurso na história da linguística*. Campinas, SP: Pontes.

- Garcia, M. A. A. (2000). Saber, agir, educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Revista de Educação da PUC Campinas*, 9, 72-82.
- Ginzburg, C. (1991). *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gomes, D. R. (2008). *O corpo psicanalítico no hospital*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.
- Guimarães, E. (1995). Texto e enunciação. *Organon*, 9(23), 65-69. Recuperado em 29 de Novembro de 2005, de <http://seer.ufrgs.br/index.php/organon/article/view/29360/18050>.
- Guirado, M. (1995). *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus.
- Haroche, C., Henry, P., & Pêcheux, M. (1971). La sémantique et la coupure saussurienne: langue, langage discours. *Langages*, 24, 93-106.
- Hillix, W. A & Marx, M. H. (1973). *Sistemas e Teorias em Psicologia* (2a ed.) (Cabral, A. trad.). São Paulo: Cultrix.
- Jardim, L. L & Costa, A. L. L. (2003). O corpo e a direção da cura. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre* 10(25), 63-68. (Publicação interna).
- Jorge, M. A. C (1983). Discurso médico e discurso psicanalítico (Apresentação da edição brasileira). In Clavreul, J. (1982). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Lacan, J. (1985a). Aristóteles e Freud: a Outra satisfação. In Lacan, J. *O seminário, Livro 20: mais, ainda* (Magno, M. D. trad, pp. 70-86). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1975).
- Lacan, J. (1985b). *O seminário, Livro 20: mais, ainda* (Magno, M. D. trad). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1975).
- Lacan, J. (1985c). *O seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (Penot, M. C. L. trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1978).

- Lacan, J. (1986). *O seminário, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. (Milan, B. trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1975).
- Lacan, J. (1990). Do sujeito da certeza. In Lacan, J. *O seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (Magno, M.D. trad, pp. 33-44). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1973).
- Lacan, J. (1992a). O objeto do desejo e a dialética da castração. In Lacan, J. *O seminário, Livro 8: a transferência*. (Estrada, D. D. trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1961).
- Lacan, J. (1992b). *O seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise* (Roitman, A. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1970).
- Lacan, J. (1993). *Televisão* (Quinet, A. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998a). O estádio do espelho como formação do eu. In Lacan, J. *Escritos*, (Ribeiro, V. trad, pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1949).
- Lacan, J. (1998b). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In Lacan, J. *Escritos* (Ribeiro, V. trad, pp. 807-842). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1966).
- Lacan, (1998c). A ciência e a verdade. In: Lacan, J. *Escritos* (Ribeiro, V. trad, pp. 855-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2003a). *Seminário, Livro 9: a identificação* (Corrêa, I., Bagno, M. trad.). Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Publicação para circulação interna).
- Lacan, J. (2003b). Da psicanálise em suas relações com a realidade. In Lacan, J. *Outros Escritos* (Ribeiro, V. trad., pp. 350-358). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1967).
- Lacan, J. (2005). *O seminário, Livro 10: a angústia* (Ribeiro, V. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2006). *Meu ensino* (Telles, A. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lacan, J. (2007). *O seminário, Livro 23: o sinthoma* (Laia, S. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008a). O acontecimento Freud. In Lacan, J. *O seminário, Livro 16: de um Outro ao outro* (Ribeiro, V. trad., pp. 183-197). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1969).
- Lacan, J. (2008b). *O seminário, Livro 7: A ética da psicanálise* (2a ed.) (Quinet, A. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1986).
- Lacan, J. (2009). *O seminário, Livro 18: De um discurso que não fosse semblante* (Ribeiro, V. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1971).
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 18 de março de 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude; altera as leis no. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1.
- Leite, M. P. S. (2000). Na segunda clínica de Lacan a palavra não se dirige ao outro. *Estilos da Clínica*, 5(9), 169-181. Recuperado em 08 de setembro de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282000000200013&lng=pt&tlng=pt.
- Lipovetsky, G., & Charles, S. (2004). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.
- Maestrelli, A. M (2010). *O trabalho ou a vida: o que quer o trabalhador com o trabalho e o processo de adoecimento em trabalhadores da saúde*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Maingueneau, D (1984). *Genèses du discours* (2a ed.). Bruxelas: Pierre Mardaga.
- Maingueneau, D. (1993). *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas, SP: Pontes.

- Maingueneau, D. (2008). *Gêneses do discurso*. Curitiba: Criar.
- Martins, A. C. (2004). Linguagem, subjetividade e história: a contribuição de Michel Pêcheux para a constituição da análise do discurso. *Unimontes Científica*, 6, 1-10.
- Mendes, E. R. P. (2012). Sobre a supervisão. *Reverso*, 34 (64), 49-56. Recuperado em 18 de outubro de 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v34n64/v34n64a07.pdf>.
- Monte Serrat, D. M & Tfouni, L. V (2012). Efeitos ideológicos da gramática do discurso do direito. *Cadernos de linguagem e sociedade*, 13(1), 11-29.
- Morales, B. S. V. (n.d). *O real da língua, o real da história: considerações a partir do texto LaLengua* de nunca acabar. Pechêux e Gadet (1987). Anais do SEAD (Seminários de Análise de Discurso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado em 23 de abril de 2015, de <http://anaisdosead.com.br/1SEAD/Paineis/BlancaDeSouzaVieraMorales.pdf>.
- Moretto, M. L. T. (2005). *O que pode um analista no hospital?* (2a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mussalim, F. (2004). Análise do Discurso: da objetividade científica ao terreno fluido da interpretação. In C. A. Fernandes, & J. B. Cabral (Orgs.), *Análise do Discurso: unidade e dispersão* (pp. 71-94). Uberlândia, MG: Entremeios.
- Mutti, R. M. V. (n.d). *O primado do outro sobre o mesmo*. Trabalho apresentado no SEAD (Seminários de Análise de Discurso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado em 28 de janeiro de 2014, de <http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/1SEAD/Paineis/ReginaMariaVariniMutti.pdf>.
- Navarro, V. L., & Padilha, V. (2007). Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe), 14-20. Recuperado em 13 de outubro de 2015, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400004&lng=en&tlng=pt.
- Nietzsche, F. (2005). *Assim falou Zaratustra* (A. Marins, trad.). São Paulo: Martin Claret.
- Oliveira, A. T., Campos, L. C., Lima, L. O. S., & Francisco, P. S. (2013). Residência Multiprofissional em Saúde: a experiência da Psicologia. In Filgueiras, M. S. T et al

(Orgs), *Residência em Psicologia: novos contextos e desafios para a formação em saúde* (pp.44-58). Petrópolis, RJ: Vozes.

Orlandi, E. P. (1984). Segmentar e recortar. In *Linguística: Questões e controvérsias* (pp. 9-27). Série Estudos 10. Publicação do curso de Letras do Centro de Ciências Humanas e Letras das Faculdades Integradas de Uberaba. Uberaba, MG.

Orlandi, E. P. (1987). *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso* (2a ed.). Campinas, SP : Pontes.

Orlandi, E. P. (1998). Heterogeneidade teoricamente sustentada (Apresentação da edição brasileira). In Authier-Revuz, (1998). *Palavras incertas: as não-coincidências do dizer* (Pfeiffer, C. R. C. et al, trad.). Campinas, SP: Editora da Unicamp.

Orlandi, E. P. (2013). *Análise de discurso: princípios e procedimentos* (11a ed.). Campinas, SP: Pontes Editores.

Padilha, M. T. M. (2005). Supervisão: o ato da palavra. *Estudos de Psicanálise*, 28, 103-110.

Paim, J. S. (1976). Medicina Comunitária: introdução a uma análise crítica. *Saúde em debate*, 1, 9-12.

Paim, J. S. (1997). Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In Fleury, S. (Orgs), *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (pp. 11-24). São Paulo: Lemos.

Pêcheux, M. (1983). A análise de discurso: três épocas. In F. Gadet, & T. Hak (Orgs.), (1997) *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux* (3a ed., pp. 311-319) Campinas, SP: Editora da Unicamp.

Pêcheux, M. (1997). *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio* (3a ed.). (Orlandi, E.P. et al, trad.). Campinas, SP: Editora da Unicamp. (Original publicado em 1975, com título *Les verités de la Palice*).

Pêcheux, M. (1999). Papel da memória. In Achard, P. et al. (Org.). *Papel da memória* (Nunes, J. H. trad., pp.49-57). Campinas, SP: Pontes, 1999.

Pêcheux, M. (2002). *O Discurso: estrutura ou acontecimento* (3a ed.). (Orlandi, E. P, trad.). Campinas, SP: Pontes.

Portaria Interministerial MEC/MS n.1.077 (2009, 12 de novembro). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Recuperado em 16 de outubro de 2014, de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8862.

Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.320 (2010, 11 de novembro). Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CRNMS. *Diário Oficial da União*, Seção 1.

Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.224 (2012, 03 de outubro). Altera a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial n. 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Recuperado em 03 de abril de 2013, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15430&Itemid=.

Portaria n. 1.111 (2005, 5 de julho). Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Recuperado em 23 de agosto de 2013, de http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/portaria_ms-mec_1111_05-07-2005_-_bolsas.pdf.

Quinet, A. (n.d). *A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade*. Recuperado em 22 de julho de 2013, de http://lacanian.memory.online.fr/AQuinet_Ciencia.rtf.

Quinet, A. (2004). *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Recuperado em 12 de fevereiro de 2013, de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf.

Residência Multiprofissional. [Ministério da Educação, Portal MEC]. Recuperado em 24 de janeiro de 2013, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168&Itemid=813#8.

Resolução CNS n. 287 (1998, 08 de outubro). Relaciona as 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no Conselho. Recuperado em 22 de janeiro de 2013, de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm.

Resolução CNS n. 335 (2003, 27 de novembro). Afirma a aprovação da “*Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*” e a estratégia de “*Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde*,” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Recuperado em 28 de novembro de 2013, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>.

Resolução CNRMS n. 2. (2010, 4 de maio). Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. *Diário Oficial da União*, Seção 1.

Rey, A. (1993). *Dictionnaire Historique de la Langue Française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.

Riaviz, V. N. (1998). *Alienação e separação: a dupla causação do sujeito*. Dissertação de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. Recuperado em 08 de setembro de 2015, de http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/58Vanessa_Nahas_Riaviz_Alienacao_e_separacao_a_dupla_causacao_do_sujeito1.pdf.

Rinaldi, D. (2008). O traço como marca do sujeito. *Estudos de Psicanálise*, 31, 59-63.

Sabino, F., Tfouni, L., & Monte-Serrat, D. M. (2014). A construção discursiva de uma política "do bem" nas capas da revista Time. *Domínios de linguagem*, 8(1), 34-49.

Safouan, M. (1985). *Jacques Lacan e a questão da formação dos analistas* (Fischer, L. M. V. trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Santana, V. L. V. (2011). Por que a psicanálise, hoje?. *Opção lacaniana on-line*, 2(6), 1-11. Recuperado em 18 de setembro de 2015, de: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_6/por_que_a_psicanalise_hoje.pdf.

Santos, B. (2004). *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortêz.

Scorsolini-Comim, F. & Tfouni, L. V. (2010). Você está demitido! O discurso autoritário do programa O aprendiz universitário. *Entretexos*, 10(2), 108-126.

- Sennett, R. (2006). *A cultura do novo capitalismo* (Marques, C. trad.). Rio de Janeiro: Record.
- Serrani, S. M. (1993). *A linguagem na pesquisa sócio-cultural - Um estudo da repetição na discursividade*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- S. Teles, L. O. (1999). Freud-Lacan: o desvelamento do sujeito na leitura de um psicanalista. Porto Alegre: Age.
- Silva, G. R. S. (1973). Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hospital de Clínicas da. Fac. Med. S. Paulo*, 28(2), 31-35.
- Soler, C. (2010). Estatuto do Significante Mestre no campo lacaniano. In *A Peste*, 2 (pp. 255-270). Conferência proferida no Séminaire du Champ Lacanien " Statut du significant maître dans la psychanalyse et dans l'époque". Campo Lacaniano de Paris, Paris.
- Tavares, E. E. (2003). O sentido da vida. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre* 10(25), 09-17. (Publicação interna)
- Tfouni, L. V. (1992) O dado como indício e a contextualização do(a) pesquisador(a) nos estudos sobre compreensão da linguagem. *Delta*, 8(2), 205-223.
- Tfouni, L. V. (2003). E não tem linhas tua palma: esquecer para poder lembrar. *Organon*, 17(35), 153-171. Recuperado em 22 de julho de 2013, de <http://seer.ufrgs.br/organon/article/view/30021/18617>.
- Tfouni, L. V., & Carreira, A. F. (2007). O sujeito submetido à linguagem. *Investigações*, 20(2), 153-171.
- Valas, P. (2001). *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo* (Magalhães, L. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Vieira, C. (n.d). O estatuto do objeto na psicanálise. *Letra Freudiana*, ano X(9), 37-41. Recuperado em 29 de Novembro de 2015, de <http://www.escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/artigos/letra09/005.pdf>.

ANEXOS

ANEXO A – Ofício de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de declaração de instituição co-participante

APÊNDICE B – Termo de consentimento em co-participação

APÊNDICE C – Termo de consentimento PSICÓLOGO-RESIDENTE

APÊNDICE D – Termo de consentimento PRECEPTOR

APÊNDICE E – Transcrição da materialidade oral (Supervisão 1)

- Supervisão realizada na modalidade grupal (2 psicólogos-preceptores e 2 psicólogos-residentes)
- Local da prática: Pronto-Socorro (urgência e emergência)
- Interlocutores: Supervisoras (S1 e S2) – também chamadas de preceptoras neste contexto e psicólogas-residentes (PRa e PRb)
- Todos os nomes são fictícios e as transcrições ocorreram de acordo com as pronúncias

S1: então meninas, não já tivemos uma conversa anterior, mas eu queria saber por onde, por onde começar, vocês querem começar, vocês querem começar pelos casos, tem alguma questão que vocês querem abrir... o que que vocês estão pensando? Tem algum caso que marcou, que vocês querem falar sobre ele...

PRa: eu acredito que está acontecendo agora... do Rui... não sei se vocês conhecem... o caso do Rui, que foi pego pela questão da vulnerabilidade social da família, eu tô achando assim, um caso marcante. A questão da mãe também né, apresentar transtorno que eu não sei qual é. Eu perguntei pros meninos... eles só me falaram que ela é alcoólatra, mas ela tá muito confusa, ele tá muito magro, assim...

S1: uma aparência de fragilidade... né? [silêncio]

Pa: é... eu fui conversar com ela ontem, mal-cheirosa,

S1: é, o autocuidado prejudicado... [é interpelada pela R1 dizendo:]

PRa: falta de higiene.... hoje ela tomou banho né, o pessoal orientou ela nesse sentido... então tô achando legal isso de trabalho em equipe você pegar informação... é, perguntar qual a primeira vez, se já tinha vindo antes, como é que veio da outra vez, se teve alguma mudança... [pausa]...

Então pra mim, nesse sentido o trabalho em equipe tá sendo muito enriquecedor. É... as vezes a gente dá alguma informação que pode ser útil né, então nesse sentido eu tô adorando. E eu acho que esse caso é o que tem me marcado mais por essas questões, essa mescla de questão social com psiquiátrica, psicológica; e aí eles me falaram, até hoje vai ter a gestão né, e eles me perguntaram ... o Reginaldo [enfermeiro] me pediu pra eu e a Jussara conversar e ver qual caso que a gente acha que dá pra levar e eu falei: o dele, e ele falou: não, a gente já fez gestão e o PSF ia assumir os cuidados.

S1: Pois é, e o que que errou nesse caminho? Né?

S2: pois é, a gente precisava retomar, não é verdade?!?

PRa: o que aconteceu nesse caminho que ele tá aqui de novo, sempre, né, sempre tá aí...

S1: acho que você entendeu bem que além da questão da história psiquiátrica, tem a questão do quadro orgânico mesmo...

PRa: Hum, rum... [concordando]

S1: ele já tem uma sequela de AVC..., diabetes sempre descompensada, né, tô pensando aqui pra...

PRA: e assim, eu cheguei ontem e a mãe tava dormindo na cadeira, ela só fica dormindo, assim... aí eu falei que tava na hora do café e ela me olhou assim.... ela ia voltar a dormir de novo, aí eu perguntei assim: a senhora não quer um pão, um café e ela: quero; e assim, faminta. Ele come muito por conta do diabetes né...

S1:[intervém] sim, sim

PRA:o Reginaldo [enfermeiro] tava me falando e tem também a questão de droga, de abstinência, então ele vai comer muito; mas a mãe, assim, comendo daquela forma, mexeu assim comigo. Pessoalmente falando. Eu acho que foi um caso que tá me impactando. Eu não sei, aí até que tinham me falado em dar alta pra ele, mas não aconteceu.

S1:é, na verdade, da outra vez que ele veio, pq são hospitalizações recorrentes... da outra vez que ele veio ele tava fazendo um quadro de delírio por causa do diabetes muito descompensado e aí foi dito que ele – a rede né, deveria, tanto o CAPS quanto o PSF, a equipe do serviço social entrou em contato e foi verificar o que estava acontecendo né, como que estava esse cuidado com esse paciente e parece que na verdade ele não estava recebendo a equipe em casa; não tava recebendo a enfermeira que tava fazendo os dextros, né... pra fazer a glicose... então acabava descompensando muito e teve que vir pra cá. Agora, eu penso que você conversou com a equipe do serviço social.. sobre esse caso...

PRA:Não... não conversei.....não abordei ninguém assim pra saber. A mãe me fala que ela tem outros filhos..

Supervisora intervém: ‘tem’

PRA:tem outros filhos que moram em outras casas, mas que moram com ela mora só o Rui e aí ela até perguntou, perguntei ontem se tinha alguém para ajudar ela né, pra acompanhar pra ela poder ir embora, cuidar dela, da higiene, descansar, porque ela fica dormindo na cadeira o tempo inteiro; aí ela me falou que não, que os outros irmãos não ajudam; aí eu perguntei: a senhora trabalha, o Rui trabalha?!? como é que faz com a despesa em casa; aí ela: ah, não,... recebe benefício. Um discurso todo assim né, resposta pobre, desorganizada mesmo, aí fala: benefício... ela fala: é, se não fosse esse benefício. Aí eu falei: ah, tá, então a senhora...

Supervisora intervém: e pergunta à R1: os dois recebem?

PRA: ela disse q só ele...

S1: ele?

PRA: não; só ela na realidade... aí ela falou, ah, se não fosse esse benefício. Aí eu falei: ah, então a senhora arca com as despesas da casa com esse benefício... e ela disse sim... aí... a gente fica assim... gente, como é que é isso, entendeu?: você fica...

Supervisora intervém: e complementa: “o que é que eu faço né”...

PRA:é, o que é que eu faço... porque você fica com uma impotência total...perante a situação; então assim, eu não sei... e ela me falou assim: só tem um filho meu que trabalha e parece que ele tem cinco irmãos....

S1: é, os outros... ele fala isso, fala que os outros irmãos são usuários e que né... não tem como ajudar...

PRA: é, e o Reginaldo me falou que ele trafica também né... às vezes ele é até um pouco ameaçador mesmo.... ele tava pedindo muita comida, muito pão, muito pão, muito pão e a gente foi orientada pela equipe de enfermagem pra não dar, até por conta da diabetes mesmo né; então assim, aí ontem a gente tava tentando que ele comesse menos e aí teve um momento que ele xingou o técnico... aí o técnico já se impôs, falou não, peraí, mas eu não tô fazendo nada com você e você tá me xingando... aí ele voltou atrás. Mas assim... a gente fica... e a mãe agora tá pegando comida e dando escondido.

S1: é, mas aonde que ela consegue essa comida escondido?

PRa: é, porque eu saí de lá e o Reginaldo [enfermeiro] tinha me falado que era o paciente Marcelo, aí a gente foi ver com a Jussara [PRb], q tava acompanhando o Marcelo [outro paciente] e passei ele pra ela né; que tava recebendo marmita e tava com diabete e não podia; aí a gente foi lá, a Jussara [PRb] foi lá e não era o Marcelo; aí eu fui lá no balcão de novo e falou: não é o Rui,... aí eu fui conversar com a mãe... Aí eu falei: ah Dona Maria [mão do Rui], não pode... por causa da diabete dele, pra saúde dele, é pro bem dele, aí ela: tá.... ; mas a mulher que me deu. Eu: mas q mulher? Aí ela já...

S1: isso, ela não consegue...lidar com isso

PRa: ele pede água e ela dá...

S1: é uma dificuldade pra cuidar, ela dá, ela tem as dificuldades dela; ela é também muito adoecida; ela veio muitas vezes pra internar, por causa de crise convulsiva, né... e ela assim, na última hospitalização, ela deixava claro: eu não dou conta de levar ele pra casa, entendeu, então no meio dessa desorganização tem esse momento de lucidez dela quando fala, “eu não dou conta, eu não consigo cuidar dele, me ajuda”.

PRa: é isso q ela me fala, “é minha filha, ninguém me ajuda não, é só eu e ele...” no meio da loucura toda,

S1: é, é... e não dá conta...

S2: e aí é realmente um caso muito desafiador nesse sentido, porque são muitas questões problemáticas que convergem... tem a questão da saúde mental, as questões clínicas e as questões sociais e todas essas áreas, problemáticas... Então não tem um pilar consistente que vá dar conta desse caso. Que dispositivos, que aparelhos da rede que a gente tem pra dar conta?? Não tem dado, porque tem voltado... aí revela a fragilidade da família,... [S1 intervém, aflita]: a vulnerabilidade...

S2: a vulnerabilidade e todas essas questões...

PRa: e até a própria pessoa de cuidado né, porque assim, a mãe dele, ela é toda desorganizada, tem uns momentos de lucidez, mas eu fico pensando, ela não tem suporte para dar conta... [intervém S1]: hum, rum ela tb precisa ser cuidada né...

PRa: ela tb precisa de cuidado... acho q isso q tá mexendo, ela tá dentro de um local de cuidado e, ao mesmo tempo, não está sendo...

PRb interrompe dizendo que outro pac, também tinha ficado incomodado porque também tinha vivido aquilo.]

PRb: que é um pouco o caso da Marta, né... ele ficava muito incomodado porque tinha vivido aquilo... no caso da Marta, o filho ainda tinha o mínimo de assistência...

S2: é, e de , de organização também... de assistência...

PRa: é, agora, nesse caso a mãe dele...

S2: mas olha q interessante gente, nos 2 casos...a questão do cuidador; ela é...

S1: ligada né...

S2: é, e ela é muito importante. Porque do ponto de vista da política, o cuidador tb , um cuidador saudável ele não tem respaldo... nem legal, nem médico, ele não tem licença pra vir acompanhar no hospital... e como é que ele fica na questão do trabalho, né, a questão da própria saúde e do cansaço dele?... imagina um cuidador que tem comprometimento de saúde física ou de saúde mental, como no caso da Marta e no caso do Rui...

PRa: e ainda mais nessa área que mexe, né, com a história , igual desse paciente que tinha, que tem esquizofrenia eu acho...

S1: Não, é transtorno esquizoafetivo..., já tinha sido internado, já tinha sido contido e vendo a mãe contida, é muito complicado...

PRA: e essa questão do acompanhante é interessante vc falar porque é até um dos casos que me marcou... vários me marcaram, a questão daqueles óbitos né, que eu nunca tinha acompanhado e me senti muito assim... eu me senti impotente mas mais com relação ao o que falar pra essa família... o que dizer, o que acompanhar, igual eu acompanhei um paciente que tinha acabado de ter um choque e eu tava com a esposa dele e ela chorava e eu me senti assim, sem saber muito bem como ouvir aquilo... se eu só ouvia, se eu falava...se eu... né... mas com a questão do acompanhante que eu ia falar era do pai do Paulo,; que ele tinha essa questão do trabalho, ele tava no período probatório em uma empresa e ele tinha q ficar acompanhando o Paulo porque ele tinha 15 anos e aí a equipe; eu achei interessante que a equipe da assistência social foi discutir comigo e falou que era manipulação, que ele não queria era ficar com ele, que ele queria era ir embora; porque o pai realmente tava resistente à internação, só que depois eu fui entender que essa resistência era uma dificuldade de ver o filho nessa situação, pq ele falou assim: “ não, mas se ele ficar... ele tem mesmo um jeito rígido e ríspido de falar, mas depois ele foi me falar assim: não, mas se a gente tiver que ficar aqui muito tempo eu não vou aguentar a barra, eu vou acabar de ver ele assim... então assim, aquela, aquele.. é... [pausa]... aquele bloqueio de ficar, de “não... eu vou levar ele embora”, na verdade eu acho que escondia essa fragilidade de ver, de ter que ficar ali sozinho, porque a mãe abandonou e tá ele sozinho com o filho...

S1: às vezes é um deslocamento mesmo né... dessa condição...

PRA: e acolher isso, né... ver isso né... enxergar que não era só uma resistência...que não era só manipulação...que ele não queria só abandonar...porque na verdade tava difícil pra ele também ver o filho até porque era o primeiro surto

S1: e tem também as questões emocionais desse pai né... como que esse pai está para lidar com isso né...

PRA: é cobrado muito do acompanhante né... muito mais pra ele dar conta daquela situação

S1: Porque ele tá envolvido afetivamente

PRA: e às vezes é um lugar novo...um lugar que ele nunca entrou...um lugar que ele nunca ‘teve’. A gente vê muito assim: mas aqui... o pessoal fala assim: aqui, esse povo surtado, num sei o que, a pessoa nunca esteve... [inaudível – outras pessoas falam e a audição fica misturada]

PRA: quando a gente chega num lugar novo a gente vai estranhar a rotina, vai estranhar o lugar ainda mais nesses lugares que tem o imaginário como psicólogo...

PRb: é, a a loucura ela mexe com a gente né... não é fácil você ouvir grito, não é fácil você ouvir uma pessoa contida... pra gente que trabalha com isso já é...

S1: ouvir-ver né...

PRA: pensa pra quem não está acostumado a ir lá...

PRb: e a partir do momento que você está no mesmo lugar que uma pessoa que tá gritando e contida, você pensa: ah, eu tô aqui porque ... tem o imaginário que eu sou assim, eu vou ficar assim... é muito difícil...

S1 e S2: humhum

[Inaudível]

PRb: outra questão também que eu tive assim de, acho que não foi dificuldade, foi o fato de ter tido a experiência antes né... foi na questão de uma paciente que mexeu muito comigo, que é aquela que se cortava né... e ela tentou, ela tomou um vidro de remédio numa das salas e eu ouvi a história dela... era uma história muito complicada, muito pesada as coisas que ela tava contando né... e no outro dia que eu cheguei... eu até conversei com a [nome da supervisora] e ela disse que provavelmente seria um caso legal de acompanhar... provavelmente ela seria internada. No outro dia eu chego e ela teve alta...

ela e justamente as duas que eu falei: nossa com certeza elas vão ficar muito tempo. Eu senti muita dificuldade em acessar... [pausa] por exemplo o médico pra conversar né, prá ter um diálogo: ah, eu ouvi isso dela. Porque eu fiquei pensando: será que ele ouviu? É isso que ela me contou? Porque eu fiquei pensando: se ele ouviu...

S1 interrompe dizendo: será que ela falou pra ele?

PRa repete: será que ela falou pra ele? Porque ela me disse que queria muito ter alta, então ela falou que ela tava me contando... que era a primeira vez que ela falava disso... não sei também se era o que eles falam lá, de sedução, de manipulação... inclusive foi essa fala que o médico é... escreveu lá no prontuário, que ela tinha uma fala manipuladora, sedutora... fiquei meio sem saber... aí o que é que eu fi... que eu fiquei refletindo sobre isso e aí no próximo plantão que eu acompanhei eu cheguei no médico e me apresentei.

S1: pra esse médico?

PRa: não, foi outro.

S1: ah, tá...

PRa: cheguei nele e me apresentei. Eu sou [nome da residente], psicóloga, residente de saúde mental, qualquer coisa você me procura que eu faço a abordagem dos pacientes e aí ele me procurou num dos plantões depois e: (nome da residente), você acolheu fulano...

PRa: acolhi, que que você ouviu? (se referindo à fala do médico)

PRa: eu conversei com ele e aí eu senti que também a falta de postura minha, de chegar e me colocar também como profissional que tava ali né, não como uma escuta também só observadora... de estar ali sentada... e eu acho que é isso, mas tem profissional que eu acho bem fechado...

S1: temmm....acho que em todos os campos né...tem profissionais que a gente vai dialogar melhor e tem outros que a gente vai ter uma dificuldade maior... mas nesse caso que você tá falando dessa paciente, que ficou muito angustiada, que ela teve alta... não sei se você chegou a acompanhar...possivelmente, com ela, ela foi encaminhada pra dar continuidade na rede, em algum CAPS...

PRa: não tinha...

S1: não?? Porque geralmente esses paciente né, que recebem alta daqui eles são encaminhados pra rede pra continuar o acompanhamento, né...

S2: mas assim, tudo isso está sendo discutido né, nas nossas linhas de cuidado, nas gestões de caso,

PRa: é muito ruim quando isso acontece, mas é muito bom quando acontece [inaudível]

S1: é, quando acontece...

PRa: estava lembrando da reunião que a gente foi, que a gente propôs o caso dos dois irmãos e o médico: ah, num entendia muito bem porque ia ser discutido aquele caso. No decorrer dessa reunião a gente foi apresentando os pontos do caso e ah, agora eu entendo porque você escolheram, então é muito bom quando acontece isso...

PRb: é muito devagar essa troca, eu acho que tinha que existir porque são trabalhos complementares, sabe... a gente tem um trabalho mais de escuta, até porque a gente tem mais... fica ali por mais tempo né... o que eu fiquei pensando foi que ele passou e viu ela uma vez só e deu a alta, só que assim, eu não tô questionando a conduta dele, mas como eu tinha feito o acolhimento e não tinha escrito ainda no prontuário, que a gente ainda não tava escrevendo, né... eu fiquei sentindo falta de... de entender porque ... sabe, que ela teve, e lá não tinha a conduta... porque sempre eles escrevem né, a conduta, alta, acompanhamento pro...

S1: é, na maior parte das vezes eles vão encaminhados né...pra uma unidade de referência, seja CAPS...

PRa: igual ao [nome do paciente] né...

S1: ele foi encaminhado né...

PRa: pro CAPSi

S2: a pactuação gente, é que todo paciente psiquiátrico receba alta com o encaminhamento para o CAPS né, pra referência de cuidados dele e com a referência familiar de cuidado...

S1: pra sair daqui né... ele tem que ter familiar e ...precisa

PRb interrompe dizendo: então, essa paciente, ela tinha outro agravante que ela não é daqui...

S2 sorri.

PRb: ela não tem família... ela é sozinha...

S1 pergunta: Jussara[nome da residente], ela veio pra cá, aqui...ela ia voltar?

PRb: não...então, ela mora aqui sozinha, ela fugiu de casa,

S1: ah... então ela tá morando aqui...

PRb: mas assim, não tem um parente aqui...que poderia fazer um diálogo

S1: dar um suporte! Né...

PRb: e eu vejo assim, que quando a pessoa vai ter alta, precisa de um parente autorizar... ela não tinha nenhum parente...

S1: não? Ela foi sozinha?

PRb: ela foi sozinha!

[SILÊNCIO]

PRb: e já no discurso falando que não ia pro CAPS..

S1: resistente ao CAPS

PRb: que não ia pro CAPS...

[SILÊNCIO]

S1:mas quando ela fala que não iria, ela já tinha algum contato?

PRb: ela foi uma vez

S1: ah, tá, ela já tinha ido...

PRb; ela tinha ido uma vez e falou que não ia voltar... que não gostou... que queria fazer o tratamento aqui. Ela falava muito de fazer o tratamento aqui

S1: no hospital?

PRb: no hospital e com uma psicóloga particular.

[SILÊNCIO]

PRb: ela trabalhava na (nome da empresa). Ela tem condições de pagar mesmo assim, eu acho, sabe...

S1: humhum

PRb: mas assim, muito... com questões muito pesadas... de falar que veio aqui pra entender porque que quando ela olha pro filho...ela tem um filho, só que o filho, ela perdeu a guarda do filho, então ela não pode ter contato com ele. Ai falou que quando ela olha pra ele ela tem vontade de matar. Ela tem visita supervisionada . e que ela tem vontade matar e como ela não pode, ela mata cachooooorro...

S1: ela se corta né...

PRb: ela se corta, ela falou que matou um cachorro e tirou o coração dele, cozinhou...

Breve pausa

PRb: então, assim, ... [inaudível] eu achei né, pelo fato dela estar toda cortada...

S1: isso que você acha que o médico pode não ter tido acesso... ela pode não ter falado pra médico no momento né... e você não conseguiu conversar com esse médico...

PRb: eu até tentei, mas o enfermeiro me orientou a não tentar que ele [o médico] era muito fechado. Aí eu não tentei com ele, mas com o outro eu tentei...

S1: humhum...

PRb: o residente também, no caso do [nome do paciente] eu troquei uma ideia com ele...

S1: e foi efetivo, pelo que você tá dizendo não é...

- PRb: foi... nos outros casos... é porque é assim: isso mexe comigo porque eu sinto que ali era um lugar que complementa os trabalhos e que eu sinto a falta disso um pouco, sabe??
- S2: disso... dessa conversa???
- PRb: isso...dessa conversa
- S2: o contato multiprofissional né?!
- PRb: isso...
- S2: o diálogo, digamos...
- PRb: fica restrito à enfermagem, psicologia e serviço social em algumas vezes
- S2: eu acho que é outro ponto crítico que a gente [inaudível] no campo de trabalho hoje... nós não temos uma equipe específica de saúde mental, a gente tem plantonistas e profissionais de referência, então as condutas e as avaliações podem variar muito de profissional... o fato de você ter discutido naquele dia com o médico, com o enfermeiro a conduta, não garante que aquela vai ser a conduta que vai ser levada adiante, vai depender do olhar da equipe que vai atender ele amanhã...
- PRb: que era uma coisa que não acontecia na psiquiatria... porque lá os casos... até pela baixa rotatividade, que lá eles permanecem por mais tempo... então os casos do Dr. Fulano são esses, então a conduta dele é aquela, é mais linear, ali eu senti que é bem assim mesmo...
- PRa: você sabe até onde você pode chegar...
- PRb: Então cada dia era uma surpresa assim...
- S1: até porque a gente lida com a subjetividade... então, esses olhares vão se olhares diferenciados... mas assim acho que você né... teve uma percepção muito boa, quando você foi, se apresentou, você conversou ... foi ouvida né'...
- PRb: mas é difícil porque eu fui até meio assim... sai até pensando: nosso, o povo deve tá achando que eu sou doida por te me apresentado, porque tem uma coisa em volta dele né... não está esperando chegar, apresentar... aquela coisa né... é o médico... o médico chegou né...
- PRb; as vezes, por exemplo, eu fui atender a família do (nome do paciente) e aí não tinha lugar porque eu não queria abordar na frente dele... e aí eu fui pra salinha DO médico né, aí eu ficava toda hora: gente, pensa se o médico chegar e eu tiver aqui dentro...
- S1: mas não é do médico...
- PRb: então, mas eles colocam como se fosse.... tanto é que depois ele chegou e bateu pra ver se tinha alguém... só que aí eu pensei: nossa, ele vai brigar porque eu tava na salinha...
- S1: e aí, como foi?
- PRb: não, normal... é mais o imaginário que a gente pensa...
- S1: e vc ficou tranquila?
- PRb: fiquei. Mas é porque igual, o dia que o plantonista não foi, o PS parou. Parou!
- S1: humhum...
- PRb: Parou! Aí a menina entrou em crise aí eles assim: o quê que a gente vai fazer... o plantonista não veio, ela tá sem medicação... eu falei eu posso lá abordar ela né? Eu vou lá abordar. Fui, mas assim, eles não... eles acham que só com medicamento mesmo, sabe...
- S2: talvez a própria fala do paciente né...
- PRb: é, o paciente.... vários eu abordava e falava: você é psiquiatra? Eu falava: não, eu sou psicólogo. Não, eu quero falar é com o psiquiatra.
- S1: eu quero uma medicação, eu quero um remédio...
- S1: mas eu acho que isso é construído, né, é diário... às vezes vão ter alguns contatos que vão ser mais fáceis, outros não vão ser, né... isso não é com a gente, né... só com a gente da psicologia....isso acontece com todos os outros locais, em todas as profissões... né, mas eu acho que é isso, a construção, é dia-a-dia mesmo...

PRb: não, e na crise também é mais fácil tomar o remédio né...

S1: claaaro

PRb: é difícil falar... a crise vem porque é difícil falar... se eu falo psicólogo, ele não quer falar, eu quero tomar o remédio

Silencio

S1: e é o nome né... PS de Psiquiatria, não é o de psicologia...

PRa: gente estava até conversando essa questão assim... às vezes chega um profissional do hospital, na maioria dos casos: seu paciente tá ali ó... às vezes ele só está lá, andando... mas eu acho engraçado essa fala: seu paciente...

S2: é como se o paciente da psiquiatria fosse uma ameaça, ele não pudesse andar além daquele corredor antigo...

PRb: não pode existir...

S1: e é muito difícil ficar ali né... naqueles leitos apertados... é um espaço restrito...

S2: medo da loucura né...

S1: e eles não vão conseguir permanecer ali né...

PRb: é muito engraçado como é que a lógica do lugar, às vezes vem até na nossa fala... que às vezes eu acho interessante que o paciente, por exemplo: fulana é F60. É F60. A gente chega lá e pergunta: o que que ele é? Ah, ele é isso. Uma vez eu fui parar pra pensar: gente, aqui

S1: é um CID né... é um rótulo

PRb: aí eu fui levar uma paciente na Psiquiatria... aquela que eu fui atender hoje. Aí chegou lá uma profissional de lá falou assim: nossa, essa aí é transtorno de personalidade e nem era diagnóstico. Então assim: como que fica essa coisa – ela é uma paciente que chama (nome da paciente). Ela não é o transtorno.

S1: além de ter o transtorno, ela é uma pessoa.

S2: é como se o transtorno de personalidade não demandasse cuidado... [inaudível]... se é transtorno de personalidade, é má vontade, é manipulação, é falta de caráter...

S1: e isso acontece muito com o dependente químico também...

PRa: e com pedófilo

PRb: f você falou disso eu me recordei de ontem. Eu fui pegar um pão pra mãe do (nome do paciente) aí ele ah, pra quem...é... uma pessoa da equipe: pra quem que é esse pão? Eu falei: pra mãe do [nome do paciente] aí ele falou: não, não dá pra ela não. Eu falei: uai, por que? Ela também é paciente. Peraí, então qual que é a relação dela ter algum transtorno e não poder ser assistida. Ela não come?

S1: e não poder ter esse pão, né?

PRb: como assim gente/ não entendi a relação...

Silencio...

PRa: mas assim, acho que é do próprio... é... da prática que vai ficando sem reflexão, sabe...

S1; a gente vai reproduzindo, né...

PRa: ao mesmo tempo que a gente critica... se a gente não parar pra refletir a gente acaba né... [várias pessoas conversam ao mesmo tempo... inaudível]

S1: tem até um livro do Bleger... vc já leu?

PRb: instituições...

S1: é... ele fala disso... vc é engolfinhada pela instituição..vc chega com um pensamento diferente, não... vc vai ser né, levado pelo sistema qua já tem ali... é...

PRa: a Jussara [PRb] falou dos óbitos e eu me recordei de... do PS da GO, de quando a gente... quando chega lá e na maioria dos casos é aborto e aí eu já encontrei com a (nome da outra residente) e a gente tava conversando disso... do que fazer hora que você chega pra essa mãe, pra conversar, que acabou de... que às vezes idealizou né o filho, ser mãe, e

aí de repente, vai aquilo acaba né, de uma forma...a gente tava conversando dessa impotência né, diante dessas situações , ou às vezes quando você tá lá no PS de Psiquiatria passa, chega uma ambulância, chega acidentado, e aí tem uma mãe chorando, desesperada que perdeu o filho: o que fazer? Né, a gente tava conversando dessa dor natural... como agir assim?

PRb: eu tava conversando também com a (nome de uma colega), ela também tá fazendo residência e ela falou assim: eu tava questionando: que que eu falo né... eu fico pensando o que que eu falo e ela: vc já pensou que às vezes você não tem que falar nada? Aí ela me contou que ela tava acompanhando também uma mãe que a filha dela tava tendo parada e ela não falou nada e ficou do lado da mulher pensando que não tava fazendo nada e aí a mãe atendeu o celular e falou, contou né: não, mas tem uma psicóloga aqui me ajudando. Então ela só tava lá ...

S1: mas não é só tá lá...

PRb: mas assim, na nossa cabeça, a gente pensa: eu tenho sempre que falar alguma coisa, eu tenho que tirar o dor da pessoa...

S2: eu queria... tô com essa pergunta também aqui guardada né... da Jussara [PRb] o tempo todo... vocês trouxeram muitas situações desafiadoras... Questões - limites... o que nós podemos como profissionais da Psicologia nessas situações? Qual é o nosso lugar, qual é o nosso papel? O que que nós podemos, nesse lugar de impotências, né?

PRb: eu acho que vai muito, vai muito do momento, eu acredito. E eu acho que nessas situações limites aí é onde que seu pessoal quase sobressaí...

[Risadas]

PRb: às vezes você está com vontade chegar lá e falar: ah, não fica assim não.e abraçar e chorar junto, nossa, meu deus... nessa situação eu ficaria igual ou pior... naquela condição...

PRA: contar uma história sua que você já viveu...não, mas eu já vivi isso, fica calma...

S1: essa questão da empatia né...

PRA: mas aí você tem que se vestir de A psicóloga neutra né e assim, acho que vai muito do momento. É que nem a [nome da outra residente] falou: as vezes o melhor é não fazer nada, mas vc... a pessoa se sentir acolhida... que se eu precisar eu posso contar com ela... você oferecer esse suporte: eu tô aqui viu...qualquer coisa eu tô aqui... então assim, eu lembrei muito de uma situação de uma mãe, de um paciente no PS de Psiquiatria que... é... ele tava lá... tinha acabado de usar droga e aí precisou conter. E a mãe... eu não vi a contenção né... cheguei de manhã, a mãe tava lá e aí o serviço social falou para eu conversar com essa mãe. Eu já tinha abordado antes, tinha perguntado se a senhora precisar de alguma coisa a senhora quer falar alguma coisa sobre isso que aconteceu...ela não, não quero não. Orientei só da rotina . Falei porque era importante a contenção e ela não, quero não, eu tô bem. E foi... era a mãe do [nome do paciente]. E aí depois o serviço social me chamou de novo porque essa mãe tava chorosa. Aí fui lá, tudo bem com a senhora? Tudo bem. A senhora quer conversar, falar? Não, não quero não. Então tá... sabe...

[Risos]

PRA: então assim, eu senti que não era o momento. Ela queria ficar sozinha.

S1: e a gente precisa respeitar isso.

PRA: às vezes as pessoas também elas não sabem lidar com essa tristeza natural...

S2: o choro, o sofrimento... até o momento né gente, que é adequado praquela situação...

PRA: e se a gente intervém e a paciente continua chorando não adiantou a intervenção...

S2: exatamente...

PRb: acho que a sua pergunta é um respaldo assim, pessoal que eu tive que a gente precisa aprender a lidar com os limites sabe... que era uma coisa que eu nunca tinha passado antes que tem uma hora que a paciente vai chorar... vai ter várias... a maioria daqui... porque eu sinto que aqui é o lugar da impotência mesmo... muitos momentos assim... questões impotentes tá o tempo todo: morte, doença, sabe, crise que você não vai poder conter no momento... que tem que suportar sabe... suportar... igual 'ta' do lado da mulher ... ajudando ela a passar por aquilo

S1: eu acho que é isso... eu acho que é a gente dar conta da angústia, da nossa própria angústia né...o silêncio, o silêncio não é muito importante, mas o quanto é difícil e permanecer mesmo em silêncio...

PRb: principalmente lá na sala vermelha mesmo, é muito difícil...eu passei por uma situação de quase perder minha avó, que eu sou assim, igual a minha mãe...o ano passado, o final e nessa situação uma psicóloga me abordou num momento muito delicado... e ela vinha me falando assim: não chora, né... de outro hospital... vc não pode ficar assim e eu fui proibida de entrar na UTI porque eu chorava muito e eu me senti muito assim ,não acolhida porque eu pensava ele falava: você quer falar mais alguma coisa e eu não falava nada, eu só queria chorar, porque não tinha o que falar... sabe, eu tava chorando porque não tinha o que fazer, não tinha o que falar, não tinha nada... e só esperar se a minha avó ia reagir ou não. Então eu cheguei aqui muito com isso... eu não posso fazer isso com a mulher porque é muito ruim e todas as situações me lembravam muito isso, assim de emergência, de alto risco, de pessoas naquela salinha vermelha, de gente esperando uma cirurgia, igual essa esposa esperando o marido, sabendo notícia se viveu ou não, se ele sobreviveu ou não e eu acho que é isso e eu tive que levar muito pra terapia, né, porque tava mexendo e depois que eu levei aliviou um pouco, sabe . eu conversei com essa minha amiga e lá falou que tem situações que você não tem o que falar... sabe eu acho que é aceitar isso, eu acho que tem situações que não tem solução e que a gente precisa ajudar o máximo que a gente conseguir mas que às vezes não vai adiantar assim né...às vezes não vai resolver

S1: mas o quê que é resolver? O que você pensa de resolver?

PRb: nessa situação... é passar a dor , às vezes não vai passar a dor ali, vai continuar

S1: porque não depende de nós mesmos né...

PRb: é...

S2: e eu acho que a gente tem que ter muito em vista também o nosso instrumento de trabalho, o motivo pelo qual nós estamos ali, nos somos os profissionais da escuta. Da fala, mas principalmente profissional da escuta e a possibilidade desses pacientes serem ouvidos, deles expressarem o sentimento, de dar nomes aos sentimentos, às dores ao que está passando é nossa principal intervenção. Então às vezes não é uma intervenção que vai anestesiá-lo, que vai sanar o choro, mas ela é terapêutica , ela é cuidadosa porque ela oferece essa possibilidade de cuidado ... o alívio ele vem de outras formas, por isso que às vezes não é a fala mesmo que é o cuidado que está sendo exigido da gente, às vezes é a presença

S1: é a disponibilidade para estar ali né...escutando

S2: é alguém que dá conta de ficar perto dele naquele momento de dor extrema que ninguém quer ver

S1: de suportar!

PRa: eu lembrei da [nome da residente], que ela falou que chegou num paciente e o paciente falou assim: eu não quero conversar, eu tô consciente, orientado ...

[Risos]

PRa: e pronto!

- PRa: e ela: ah, tá... [risos] aí a gente tava conversando e eu pensei assim: gente, nessa situação em que tivesse no hospital, enquanto paciente, com dor, às vezes, que seja, eu acho que eu não ia querer conversar com ninguém também. A gente conversou um dia que ...[interrupção - inaudível].
- S1: o nosso setting aqui no hospital ele é diferente, a gente vai até o paciente né... ele pode ou não estar receptivo, ele pode ou não querer né, conversar naquele momento. Mas uma coisa que você falou anteriormente que eu fiquei pensando é a questão da neutralidade. Vocês estão chegando agora no hospital... eu e a [nome da outra supervisora] também, mas eu penso que daqui há 30 anos né... depois de ter passado, de ter vivenciado várias situações desse tipo que a gente tá conversando, não dá mesmo pra manter a neutralidade, vão ter questões que vão nos afetar mais e eu acho que se a gente perder isso, pode deixar né...
- PRb: é... é...
- S1: pode perdurar [inaudível] parar de trabalhar né... pq tem situações que né, que vão mexer... que vão angustiar, só que a gente tem que conseguir entrar na situação e conseguir sair dela
- PRa: isso que eu falei é que nessa hora que mexia, me dava vontade de fazer o que a [nome da outra residente] fazia, me dava vontade de abraçar e falar: olha, eu já passei por isso no passado e
- S1: e colocar no colo...
- PRa: é... fica firme...
- S2: é a contratransferência
- PRa: num dava pra eu contar da minha avó...
- S1: mas, dá pra você... eu penso que isso é empatia né...eu me colocar no lugar do outro né...
- S2: eu acho que viver essas situações te coloca numa posição de proximidade do paciente que é um lugar privilegiado. Eu conheço a dor que ele tá passando, mesmo que eu não possa saber exatamente o que ele tá sentindo, eu sei o quanto essa situações é difícil... então isso torna talvez difícil pra, você mas profissionalmente te coloca num lugar privilegiado também de já ter vivido aquela dor nós somos muito parecidos. O que nos faz feliz pode variar muito, mas na hora da dor a gente sofre muito parecido né...
- PRa: é verdade...
- S2: eu gosto muito de uma metáfora do Simonetti, ele usa no livro dele O manual de Psicologia que está lá e eu trago essa imagem em muitos atendimentos que eu falo. Ele fala que o psicólogo no hospital é como se fosse o olho do furacão, que o furacão faz aquela desordem, gera aquele caos em torno e a gente vive essas situações de caos, de desorganização, mas que no olho do furacão reina quase que o vácuo, na paz absoluta, então que o psicólogo muitas vezes é esse ponto de referência, de segurança, esse porto seguro onde o paciente pode olhar e ter essa referência.
- PRb: que não vai calar ele né...
- S2: exato...
- PRb: porque como você falou que a gente é o profissional da escuta, olha o tanto que a instituição às vez\es engloba a gente: parece que eu falei: nossa, é mesmo. Eu pensei: nossa, é mesmo, como se eu tivesse esquecido isso... a demanda vem, fala com o fulano
- S1: resolve...
- PRb: resolve, fala com o ciclano...Convence... Convence o paciente que ele tem que tomar medicação...
- PRa: e as vezes é só ouvir mesmo
- S1: e ouvindo a gente vai entender o sentido e o significado de estar chorando, de não tomar o remédio... de não querer ir tomar o banho naquela hora...

S2: as vezes a gente esquece disso né...

PRb: então, nos casos de contenção,... que as vezes eles vem: eu não quero tomar remédio e as pessoas: não, mas tem que tomar e vem falar ah. Meu deus, mas será que ele prefere ficar desse jeito, mas gente, é um direito dele não tomar o remédio. Nesse caso se complica pela questão terapêutica né, naquela situação, mas não deixa de ser opção dele.

S1: quantas vezes, por exemplo, tem pacientes que tem que fazer cirurgia né, cirurgia cardíaca, se o paciente não quiser, vai morrer. E o paciente escolhe não fazer. É gente, ele tem autonomia. Ele sabe das consequências... só que isso muitas vezes é, né, não é... muitas pessoas da equipe não lidam com isso, porque vem a questão da onipotência de ter que resolver, de ter que fazer, de ter que curar né...

S2: e você veja como isso é problemático na saúde mental, porque paciente cardíaco a gente considera que ele tá...

PRa: lúcido

S2: lúcido, ele tem juízo critico preservado, ele tem essa autonomia, O paciente em crise, o paciente psiquiátrico parte do pressuposto que ele não tem condições de tomar essa decisão...

PRb: ele não tá lúcido pra isso né,,

S2: então alguém da família pode pedir pra tirar a contenção, pode assinar a alta, pode dizer, mas ele não

PRa: e se alguém da família...

S1: o médico né, pode decidir, o médico pode optar...

PRa: e as vezes passam detalhes importantes assim, as vezes o discurso é banalizado: é um delírio dele...

S2: é...

PRa: as vezes não se investiga a fundo

S1: e as vezes não é ne gente... as vezes o paciente vem ele tem uma história de transtorno, né, de transtorno mental, uma história é, é, é.. né, de ser um paciente em tratamento pela psiquiatria mas as vezes ele vem bem... mas o que que acontece? Teve um desajuste familiar, né, e ele é aquele paciente indicado né, ele é o paciente que tem que vir, como se fosse um bode expiatório mesmo. O, o, o, paciente adoecido da família, mas qdo vc vai ver, né, a família todo vem de um processo de adoecimento...

PRb: e se não é né, tende...(pausa) a ficar

S1: mas você falou de terapia né, é importantíssimo, é importante a gente se cuidar. É importante a gente ter esse momento nosso

PRa: com certeza...

S1: pra entrar em contato com questões nossas...

Silencio

S1: alguma outra questão?!?

PRa: só...

S2: eu queria perguntar pra vocês também com relação a sugestões, provavelmente não é a ultima passagem no pronto-Socorro durante a residência né,

PRb: sim

S2: é a única?

PRb: não sei se é a única, mas até março sim,

S1: mesmo?

PRa: é, agora a gente volta só em agosto pra clínica médica

S1: onde?

PRb: clinica médica e cirúrgica

S2: mas no R2 não?

PRa: só se a gente optar...

S1: o PS?

PRb: é, porque o cronograma do R2 ainda está aberto...

S2: tá... bem, como a gente não tem claro os cronogramas, eles podem mudar, mas pensando pros próximos residentes também, que as vezes você tem também alguma sugestão...algum apontamento pra fazer pra gente como preceptor, como a organização desse tempo e cuidado com os residentes que vão chegar..

PRa: eu acho complicado é... a questão do próprio cronograma... assim, de ser um mês... não é nem uma falha de vocês acho que é uma questão de cronograma. E até pra gente, porque a gente tá começando a... pegar a rotina, pegar o jeito...

S1: adaptando né...

PRa... porque no começo um lugar novo... é muito tenso né...

S1: claro...

PRb: cada lugar tem uma regra diferente, uma burocracia diferente, um andamento diferente...

S1: e a gente tem que adaptar né...

PRb: até o próprio lugar de vocês enquanto preceptoras, imagino que é uma... vai adaptando, cada uma diferente e aí tal, hora que está ficando legal a gente tem que ir embora.

S1: esse mês foi bem curto, tiveram vários feriados aí né...

PRa: foi...

PRb: eu penso que é só em relação ao cronograma...

S1: mas esse cronograma eu penso que tem que ser discutido na COREMU, não é, como é que é feito...

PRa: é com o coordenador né...

S1: é com o coordenador

PRb: ele que elaborou...

S1: então é uma questão que dá pra ser colocada né.

PRb: eu gostei da preceptoria, achei que eu tive um amparo, assim, eu tive liberdade pra chegar em vocês e discutir qualquer caso, qualquer questão, tanto que eu chegava muito... falava

[Risos]

PRb: eu senti apoio teórico também, você me passou textos, né...

S1: deu pra ler?!?...

PRa: a (nome de outra preceptora) eu encontrei menos né, porque os meus horários eu ficava mais com a (preceptora S1) né... mas sempre que eu encontrei também né tava sempre aberta eu senti vocês duas muito aberta... pra gente chegar e falar.. qualquer hora, até nos corredores...

PRb: inclusive nos corredores...

S1: mas eu acho que é isso mesmo né gente,

PRb: porque a gente entende que a preceptoria não é o único, vocês não estão aqui só pra ser preceptoras, que tem diversas demandas aí que vocês tem que cumprir, burocrático, que nem você tava falando... diversos setores que vocês atendem...

PRa: e a gente entende também que o hospital tá num momento... eu sofri isso assim... esse momento turbulento, algo acontece que a gente não sabe o que, mas a gente sente assim, a movimentação diferente...

PRb: você escuta rumores...

S2: a gente pode citar algumas coisas assim pra explicitar mais: tem duas greves sendo tocadas, a da FAEPU e da UFU; sem a greve a gente já tem menos do mínimo do necessário nesse hospital né, então com a greve isso baixa ainda mais...

PRa: e a demanda aumenta...

S2: e a demanda aumenta... a gente tem duas mudanças políticas importantes, tanto no âmbito federal como no âmbito municipal, né, no municipal tem a FUNDASUS, que mudou toda a contratação, a remuneração de funcionários, então tem lugares que estão fechados, tem lugares que estão em greve também . essa contra referência... isso implica diretamente pra gente por causa da contra referência porque se você vai mandar ele pra UAI, mandar o paciente pro CAPS ad que está de greve, como fica? Qual que é o respaldo que ofereço pra ele? Internamente também gente tem a vinda de... a vinda da EBSEH, que além de mexer com o corpo de funcionários, tem a implicação pro financiamento, pro quanto que a gente recebe ou não de verba. Então a gente viveu momentos que a gente tinha faltas. Além de gente, falta de material, falta de remédio, medicamentos. E o hospital superlotado porque a rede também não tava dando conta. Então foram momentos críticos que a gente passou

S1: estão sendo né, [nome da preceptora]

S2: e todas essas coisas nos atravessam.

PRa: claro...

S2: igual você tava falando: tinha alguma coisa acontecendo que eu não sabia o quê... essas são algumas das coisas também.

S1: mas que acabam sentindo né, na relação

S2: para além disso, toda linha de cuidado de saúde mental sendo implantada, construída e repensada... então todos os profissionais também vivendo as tensões dessa negociação. E todas essas dificuldades de relacionamentos.

PRa: e a residência também mudando né...

S1: foi...

PRa: porque mudou desse ano para o outro... cronograma novo...

S1: nós recebemos um número maior de residentes...

S2: várias equipes ao mesmo tempo, no mesmo local, que é uma coisa nova pra gente também...

S2: então as questões contextuais, institucionais estão atravessando a gente o tempo todo também, além de tudo, a gente precisa dar conta de lidar com elas... às vezes favorecendo, mas às vezes limitando ainda mais num espaço que já tem que contar com tantas restrições

[Silêncio]

[Risos]

S2: e aí?

[Risos]

S2: tem hora que a gente empodera, desempodera...

S1: acho que esse momento, ele é importante né, pra gente sentar, pra gente dizer de como está, de como está se sentindo... precisa disso..

PRb: com certeza...

PRa: eu nem lembrei do gravador...

PRb: nem eu... [risos].

S1: não ?!?:

PRa: tô olhando pra ele. Sabe quando vc olha e : o que que é isso...

S1: mais alguma questão, meninas?

PRa: não....

S1: tem a questão da avaliação, mas eu penso que a gente pode fazer amanhã, né [nome da outra preceptora]?

PRb: eu venho amanhã a tarde...

S1: eu posso fazer de manhã e... você vem a tarde ou de manhã?!?... e a (outra preceptora) fazer com você
S1: que horas você chega?
PRb: uma hora, meio-dia...
S2: então vamos combinar tipo meio-dia e meia, que daí eu posso chegar um pouco mais cedo e a gente faz juntos...
PRa: pode ser...
S1: você acha que dá?
PRb: dá. Meio dia e meio?
PRa: eu tô aqui meio-dia.
S1: meio-dia? Ok talvez a gente sente com a [nome da R1] meio-dia e meio dia e meio com a R2.
S2: tá Ok...
PRa: então tá...
S2: e a gente continua a disposição de vocês também, nas conversas, pra outras consultas... durante a residência de vocês e boa sorte nas outras práticas, nos outros locais que vocês forem passar.
PRb: a gente que agradece, muito intenso, muito difícil, assim...mas muito bom
PRa: na hora que passa né.
S2: acho que intenso é uma palavra que define o pronto-socorro, não é?!?
PRb: só quando passa que a gente para pra pensar...
PRa: é, muito intenso...

APÊNDICE F – Transcrição da materialidade oral (Supervisão 2)

- Supervisão realizada na modalidade individual (1 psicólogo-preceptor e 1 psicólogo-residente)
- Local da prática: Enfermaria de Oncologia
- Interlocutores: Supervisoras (S1) – também chamada de preceptora e psicóloga-residente (R1)
- Todos os nomes são fictícios e as transcrições ocorreram de acordo com as pronúncias

S1: então vamos lá né...

R1: vamos falar primeiro do livro ?!?

S1: é, eu pensei de a gente usar o livro junto com o caso do [nome do paciente]... foi o caso que a gente pensou em estudar o artigo né? Então a gente pode começar pelo caso dele que a gente já traz... hoje é dia 08 né...

R1: isso...

[Pausa]

S1: estou só escrevendo aqui...

[Pausa]

S1: pronto...

[Pausa]

R1: então, o caso é do [nome do paciente]... é o caso que eu te falei, que infantiliza em alguns momentos né...

[Pausa]

R1: bom, meus atendimentos essa semana foram mais voltados á mãe dele do que ele propriamente, porque ele não tá conseguindo né... ele não quer falar sobre o assunto, sobre iminência de morte, sobre prognóstico ruim e não consegue perceber isso... assim... acho que não consegue.

S1: e também ele não teve consciente em todos os momentos né...

R1: não...

S1: então nem sempre dá pra atender...

S1: é... sonolento... aí eu atendi mais a mãe, que demonstra muita angústia assim, em relação a esse fato... ela vive realmente para esse filho... mudou a rotina totalmente da vida dela para cuidar do filho. E assim: ela sabe, ela não nega sobre isso e ... mas ela fala da esperança né... que ninguém perde a esperança. Ela falou isso no atendimento. Por mais que ela saiba que o filho dela tá partindo, ela não pode perder a esperança, porque é o filho dela... e ela fala muito assim: que o amor dela é muito mais forte do que isso. A fé dela é além assim da ciência, eu percebo. Então assim: quem somos nós pra tirar a esperança dela, sabe? Lógico que a gente tem que falar com ela sobre a verdade, sobre a realidade, mas nós temos que acolher ela né, nesse momento.

S1: é, e até a própria [nome da autora do livro], né, naquele livro que você tem, ela fala que a esperança ela dá pra sentir em todos os momentos e ainda mais para uma mãe né...

mesmo sabendo que não vai ter o prognóstico dele tá caminhando pra morte, como que ela vai perder a esperança?

R1: é...

S1: nesse artigo que a gente estudou, eu me recordei muito dela quando fala das alianças, é porque eu penso que ela constituiu com ele uma aliança muito forte...

R1: ahã...

S1: tanto que não é todo mundo que entra né... a noiva dele já não entra mais... ela já tá se desligando, não é? Ela não consegue cuidar, ela não consegue fazer por ele o que a mãe faz.. [inaudível]... mas é um padrão de aliança mesmo... ela faz tudo mesmo por ele... e isso acaba inibindo um pouco o apoio dos demais... nem todo mundo consegue ajuda-lo, consegue fazer por ele... porque ela faz.

R1: é, ela faz de tudo possível e quase o impossível por ele assim... e ela tá se despedindo dele... mesmo que não diretamente, mas indiretamente ela tá se despedindo dele... e ela aceita muito assim, a psicologia lá com ela, ela aceita muito o que a gente tem pra dizer pra ela, ela escuta, ela acolhe...então assim, eu percebo que ela tá conseguindo enfrentar bem essa situação, por mais difícil que esteja... que fácil não está, mas ela tá conseguindo enfrentar, sabe? De uma forma que ela tá fazendo de tudo por ele enquanto ele tem vida.

S1: é, e assim o que eu mais gosto no caso do [nome do paciente] é o tanto que foi possível evoluir. Porque era um paciente que não cogitava a morte, uma família que não cogitava a morte, que ninguém queria lidar com isso... e assim, você foi conseguindo chegar né, devagarinho...

R1: aos pouquinhos...

S1: vinculando primeiro, fazendo o primeiro vínculo, até conseguir alcançar um pouco né, a subjetividade dessa família...

R1: o próprio [nome do paciente] já conseguiu falar um pouco sobre isso em algum momento anterior, mas que hj ele não consegue falar mais, mas que ele já conseguiu falar, ele já conseguiu se expressar um pouco;

S1: já falou sobre a morte...

R1: já falou sobre a vontade de desistir de tudo... da vontade de ir embora pra casa... de morrer em casa...já falou sobre isso, mas que hoje ele não consegue falar tanto porque ele não quer entrar nessas palavras, mas assim, ele demonstra de outras form... de outras maneiras. Por exemplo, ele restringia as visitas, né... ele não quer receber visitas de pessoas que nunca veio aqui ver ele... porque que agora tem que receber essas visitas...é... isso são jeitos né, dele perceber o que tá acontecendo... dele não perguntar mais pro médico sobre os exames... porque ele perguntava antes pro médico, porque antes ele perguntava como é que tinha dado os exames – e o médico hoje relata que ele não pergunta mais. Porque ele não quer saber mais sobre o que que está acontecendo porque ele sente que não tá bem... sente que o caso dele tá evoluindo para a terminalidade.

S1: é, ele vai até aonde ele dá conta, né. Tem momentos que ele consegue Ele vai até onde ele consegue... porque na verdade a gente não consegue aceitar... ninguém consegue aceitar o tempo todo né...

R1: humhum

S1: a gente precisa dessa oscilação. Tem hora que ele aceita, fala da morte, aí tem hora que ele não quer saber dos exames... não dá pra sustentar essa angústia

R1: é, a morte é muito angustiante pra pessoa, então não é todo o tempo que a pessoa vai ficar da mesma maneira não é... não é sempre que ela vai estar aceitando a morte... não vai ser sempre que ela vai estar negando, não vai ser sempre que ela tá revoltada... são fases, vai ser transitório, vai ter esses sentimentos que vão passando. Eu penso assim: que não é uma fase contínua, não é? Por exemplo, não é sempre que a pessoa nega. Ela passa por

um momento de negação, depois ela passa por um momento de aceitação, né e são processos que vão pass. transitórios. Aí aqui ali, eu li uma parte que eu achei muito interessante: que existem as fases né, fase pré-diagnóstica que a família se envolve né – perspectiva da família – fase pré-diagnóstica, diagnóstica, terminal né e da cura. Aí que eu achei interessante quando fala é... [pausa] “algumas pessoas podem não querer compartilhar a notícia do diagnóstico de seus familiares, todos ou alguns, ou estes podem querer manter o paciente na ignorância. Instala-se a conspiração do silêncio, que pode conter alguma lógica, mas convém lembrar que inibirá a comunicação e o apoio da família, podendo causar posteriormente raiva, ressentimento.” Isso aqui é no momento do diagnóstico, mas eu passo um pouco para esse momento do [nome do paciente].

S1: não é só no diagnóstico, não é...

R1: é... aqui fala do período diagnóstico, mas eu fico pensando no momento agora do (nome do paciente) a mãe dele não consegue falar pra ele do prognóstico ruim dele... nunca foi falado pra ele sobre isso. Os médicos falam do exame, os médicos falam, mas não falam do prognóstico... a mãe sabe...mas ele não sabe da boca do médico

S1: ele sabe, mas pelo não dito né...

R1: ele sabe pelo não dito, pela organização familiar, pela forma como a mãe tá se comportando com ele... eu acho que ele sabe por isso, né... pelo corpo dele, que ele tá sentido as dores, né, as manifestações fisiológicas, então eu sinto que ... que tá tendo uma conspiração do silêncio ali também sabe... não podemos falar da gravidade do [nome do paciente] pra eles

S1: mas será que isso é tão ruim assim? Será que ele já não sabe?

R1: sabe mas não comenta, porque cada um fica guardando pra si né...e será que isso é ruim pro [nome do paciente]... eu fico pensando, porque às vezes todo mundo fala: ah, mas é bom falar né, sobre isso, falar o que tá sentindo, falar das angústias, de morte e tal, mas o [nome do paciente] tá se sentindo melhor em não falar... ele tá se sentindo assim então eu não sei. Até que ponto que isso é tão ruim, sabe...

S1: é eu entendo assim que ele indica até onde ele dá conta né... no momento em que ele para de fazer pergunta, ele tá indicando que ele não quer... que ele não dá conta de lidar com as respostas. Não quer dizer que ele não dê conta o tempo todo... já teve um atendimento que ele te falou da morte...ele falou sobre isso...

R1: isso...

S1: ele não fala sobre isso todos os dias e isso não é um problema...

S1: ele fala sobre isso, mas não é sempre...

R1: e ele às vezes ele fala indiretamente de que ah, eu tô cansado disso aqui... aí tem dia que ele fala: não, eu quero ir embora pra casa... tem dia que ele fala: ah, eu quero pescar...eu não vou falar ah, eu queria morrer em casa... às vezes eu penso que quando ele fala que quer ir pescar, quer ir pra uma fazenda, é que ele quer aproveitar o resto da vida dele...o pouco de vida ainda que ele tem. então eu penso nesse sentido, sabe, ele demonstra no jeito dele falar que é isso que ele quer dizer.

S1: é, existem muitas formas né, de falar da morte

R1: existem

S1: nem sempre é ... falar da morte...

R1: diretamente

S1: eu entendo que em alguns momentos ele fala, não fala sempre, mas ele fala

S1: e a mãe dele sempre tb fala...

R1: fala...

R1: porque a mãe dele toda hora que ela vê alguém no corredor ela fala. Se alguém pergunta: ah, como você tá, eu mesmo às vezes eu cruzo com ela e falo oi... e aí, como você tá?

Pergunto por educação, por conhecer, não por atendimento, né... e ela diz: ah, você sabe que eu não consigo perder a esperança. Então quando ela fala isso, ela tá dizendo que sabe que ele tá partindo.

R1: sabe...

S1: porque senão ela não precisava dizer que ela não consegue perder a esperança.

R1: Senão ela não falaria sobre isso, sabe...

S1: mas a frase dela: eu não consigo perder a esperança..

R1: é eu acho tb...

S1: então ela fala sobre isso

R1: ela acredi...[frase interrompida] ela sabe, ela não nega o fato

S1: não, não nega.

[Pausa]

R1: [inaudível]

S1: cada um vive isso mesmo de uma forma muito particular

S1: e eu fico pensando que nela e aí nesse artigo fala um pouquinho dessa questão da família e até pra tentar manter o equilíbrio né, diante do adoecimento, da morte, e ela tenta manter esse equilíbrio a todo custo, tudo que ela puder fazer pra tentar controlar a situação, pra sentir que ela dá conta de administrar, pra manejar essa impotência que ela sente não só da doença mas do filho, ela faz e até pinta o cabelo pro filho achar que ela tá se cuidando.

R1: é...

S1: lembra quando ela falou: eu pinte o cabelo porque ele falou que eu tava com cabelo branco... pinte o cabelo meia-noite pra vim aqui...

R1: hum, hum...

R1: isso também é ne... e ele elogiou ela depois, ela ficou se sentindo tão bem ,ficou tão feliz com o elogio do filho sabe. Eu percebo assim, ela fica beijando ele o tempo inteiro, fica acariciando ele como se fosse uma despedida dela com ele, ou seja, tudo que ele quer nesse momento... lógico que seja dentro de que ele pode, porque também pede outras coisas assim, tipo nadar, que ele gosta muito de nadar... ele pede pra ir na piscina, pede pra ir pra casa e tem coisas que não tem como ser feitas né...isso por exemplo é algo que não dá porque tá tomando morfina na veia né...o tempo inteiro, então não tem como. Ele sente muita dor se ele sair daqui do hospital. Então assim, a mãe dele tenta fazer tudo que é possível ela tenta fazer. Por exemplo: ele queixou do cabelo dela, então ela foi lá e pintou meia-noite, de madrugada, pra chegar no outro dia estar com o cabelinho pintado. Lindo pra ele. Ele pede um suco ela vai em casa, vai, faz o suco, volta pro hospital, traz o suco. Ah, ele que comer peixe, ela vai e arruma um jeito de fazer peixe pra ele. Então assim, ela está satisfazendo os desejos dele de todas as formas possíveis pra ele ficar bem, pra ele ficar feliz.

S1: ao mesmo tempo que ela faz isso por ele, ela faz isso pra, pra aliviar a impotência dela... porque ela tá vendo o filho dela numa condição que ela não pode fazer nada porque não tem o que fazer. Ele trata há 3 anos. Elas já fizeram de tudo, ela fez uma campanha enorme pro transplante, então não tem o que fazer...

R1: não tem...

S1: então o sentimento de impotência é devastador... então o que ela puder fazer ela faz... se o que vai fazer bem é pintar o cabelo ela vai pintar o cabelo...fazer um peixe, fazer um suco...

R1: e eu acho também que é pra ela se sentir mais confortável... de falar assim: eu fiz tudo que eu podia ter feito pro meu filho. Eu penso que ela pensa sobre isso... assim...quando ela deita a cabeça no travesseiro ela pensa sobre isso...

S1: e esse sentimento pode ajuda-la quando ele partir...

R1: é... e eu acho que é isso que vai ajudar...

S1: então é uma coisa assim, que por mais que a gente fique sentida de ver, uma mulher ficar sem dormir pra pintar o cabelo pra vim bonitinha, mas assim, ela precisa fazer isso, porque se ela faz, quando ele partir ela vai sentir que fez de tudo

R1: é, então às vezes eu até incentivo ela assim, sabe, a estar junto com ele o tempo inteiro, mas é lógico que eu tento também ajuda-la no sentido de cuidar um pouco mais da saúde dela, que ela deixou de lado. Mas eu tento incentivar ela com esse momento... eu sei que depois que ele partir ela não vai se sentir tão...né... tão mal... pq ela vai ficar mal, com certeza, mas ela não vai se sentir tão mal como se eu não tivesse feito nada por ele né... e ela fez tudo que podia ser feito. Então acho que isso vai ajuda-la no momento do luto, assim... em relação ao luto... então eu tô incentivando isso com ela sabe, mas lógico sempre falando com ela que ela tem que ir em casa, cuidar da saúde, porque ela é hipertensa. Ela sofre muito, então ela tem que cuidar dessa saúde dela e não deixar de lado.

S1: é, o que a família do (nome do paciente) não pode dizer é que não fez nada por ele... porque eles fizeram tudo que puderam...

R1: ah, ontem, ontem de tarde ela me procurou perguntando se poderia trazer os 2, os outros sobrinhos que nunca tinham vindo aqui... uma de 5 e uma de 7 anos... e aí ela perguntou pra mim né... aí eu falei assim, eu liberei, sabe, porque ele tá bem, tá conversando...

S1: ontem ele tava consciente, né.

R1: ontem ele tava mais sonolento.. ontem a tarde... anteontem é que ele tava consciente, ele tava mais consciente, ele tava conversando... mas assim, eu falei: eu vou liberar, porque ele tá só piorando... aí eu fui lá conversar com ele e ele disse: ah, traz... quero ver eles... porque desde que ele internou que ele não vê eles... e ele gosta muito de todos os sobrinhos... gosta muito mesmo, então eles são [inaudível] aí eu liberei, sabe... porque tanto a (nome da mãe do paciente), como a irmã do paciente são pessoas assim, muito cuidadosas...

S1: são...

R1:então eu falei com a (nome da mãe do paciente), expliquei como é que vai acontecer, fiz a autorização de papel, mas eu falei, não eu vou lá conversar com eles antes, pra explicar como é que o (nome do paciente) tá, como está a boca dele... que tava ferida né.. que tava sonolento... pq ele dorme... no meio da conversa ele dorme; que ele tá custando a conversar... falei essas coisas, sobre os roxos no braço...expliquei sobre isso, sabe, pra visita

S1: humhum

R1: aí na hora que ele chegou eu falei pra ele sobre isso, falei sobre lavar as mãozinhas antes e depois de sair, não encostar, não sair gritando do hospital, coisas de criança né... fui explicando essas coisas assim... e aí a mãe deles: não, eu dei banho neles antes, antes deles virem...

S1: ahah

R1: eles são muito cuidadosos né...

S1: são..

R1: aí a gente veio, eu trouxe eles pra dentro e eles ficaram bem, ficaram uns minutinhos...o (nome de alguém) veio também...

S1: claro, o (esse nome de alguém) não vai perder a oportunidade...

R1: ele não tava vindo porque ele tava gripado

S1: tadinho...

R1: aí ele melhorou a gripe e veio também e ele não tá neutropênico mais não... por isso que eu trouxe eles... aí chegou lá a primeira coisa que a (nome da mãe) fez foi levar eles pro banheiro, lavar as mãozinhas...

S1: de novo né...

R1: de novo, passou álcool em gel na mão e aí ele foram lá conversar com o (nome do paciente)... mas o (nome do paciente) achou bom de ver, sabe. E o s meninos também. A princípio eles ficaram com uma carinha assim, lógico, evidente...

S1: assusta, né...

R1: porque eles nunca tinham visto o tio ainda nessa condição... porque ele está custando a conversar, sabe, então eles assustaram com o (nome do paciente) custando a conversar... diz a (nome da mãe do paciente), depois eu fui lá conversar com ela, a (nome da mãe do paciente) disse que ele dormiu no meio ... durante o tempo que eles tavam conversando, mas os meninos ficaram bem... assim... não foi nada traumatizante, nada... e eu acho que fez bem o (nome do paciente) ver...

[Pausa]

... R1: né...

S1: claro...

R1: eu acho que foi tranquilo, assim.

S1: é, se ele ainda tem momentos bons, né...

R1: tem...

S1: aproveitar esses momentos de lucidez..

R1: é... ela mesmo , a (nome da mãe do paciente) que me falou assim: eu posso trazer eles enquanto ele tá conseguindo... porque eu sei que ele vai piorar...

S1: é, então, ele ainda tá bem, ele tem momentos que ele conversa, que ele fica consciente...

R1: é uma família muito tranquila, que, como o Dr (nome do médico) falou, que como ele tá indo aos pouquinhos, morrendo aos poucos, né, o Dr (nome do médico) me falou assim... então eu acho que... [pausa]... essa família tá despedindo aos poucos. Pausa. E aos poucos eles vão entrando na realidade... então eu acho que o dia que o (nome do paciente) for, mesmo, acho que vai ser tranquilo pra eles, eu penso ...

S1: mas ele já caminhou demais.. eu penso da forma como a gente pegou essa família pra...

R1: evoluiu muito,

Uma família angustiada, que negava mesmo... que negava mesmo,... (falam juntas e é muito difícil definir quem é quem)

R1: o (nome do paciente) era muito arrogante com a equipe...

S1: éee... o trabalho que eles deram na UTI né...

R1: muito , assim,

S1: então, essa família já avançou muito

R1: eu penso que sim... eu acho que a gente já conseguiu evoluir...

S1: porque a própria realidade assim, também, deu esse choque, porque durante muito tempo eles conseguiram negar porque o (nome do paciente) não tinha sintoma... passaram anos negando a enfermidade do (nome do paciente) e aí ele começou a apresentar sintomas de uma vez... então essa realidade deu um choque pra eles... e a gente conseguiu acertar isso, né...assessorar, cuidar, acolher...assim, é uma família que caminhou demais... nossa. ..

R1: eu acho também...

R1: o (nome do paciente) ter aceitado meus atendimentos, né...

S1: é, porque ele resistia ao diálogo né, resistia mesmo: não, não preciso de psicólogo

R1: nossa, meu primeiro atendimento com ele, o tanto que foi difícil... ele não conseguiu nem olhar no meu rosto

S1: E hoje ele pede pra você ficar né...

- R1: é, eu vou embora e ele fala: não, fica mais, vamos conversar mais um pouquinho... então é... muito legal ver assim a transformação... lógico que tem a ver também com o prognóstico ruim né... que é um avanço da doença... tá tudo relacionado...
- S1: mas também tem o seu mérito... o trabalho que você foi fazendo com ele... né... um conjunto de fatores... e o seu trabalho é um desses fatores... que conseguiu fazer né... que conseguiu trabalhar isso com uma família que não aceitava nada... não aceitava ninguém...
- R1: é mesmo... isso é interessante...
- S1: nem te cumprimentavam, evitavam completamente a equipe de psicologia... e hoje não, conversam até com todo mundo... até com as outras pessoas da equipe. Eles nem eram muito de conversar com ninguém né...
- R1: é...
- S1: hoje não, a mãe dele conversa com todo mundo,
- R1: a família todo hoje conversar né...
- S1: é, eu falo a mãe porque ela fica mais aqui né...
- R1: é, foi uma experiência muito boa pra mim assim...um aprendizado... acho que eu aprendi muito com a história do (nome do paciente). Até me emociono assim, porque eu gosto muito dele... e vai ser difícil a perda dele, eu vou sentir, mas assim né, a gente sabe que isso vai acontecer... é a realidade né... lidar com ela...mas eu tô aprendendo a lidar bastante com isso assim...é difícil mas passa, é só uma fase, assim, né...mas eu acho que eu não quero perder isso não, sabe, perder essa sensibilidade, porque acho isso importante... no trabalho do psicólogo, pelo menos aqui no hospital... em todo lugar né, na verdade, a gente tem que ser sensível às pessoas, quando a gente perde essa sensibilidade, a gente perde muita coisa... a gente perde na forma de trabalhar com o paciente, na forma de... na empatia, a gente perde no... no lidar com o paciente, né, no ser mais sensível com ele...então eu acho que a gente não pode perder isso não...não sei...; eu penso nisso.
- S1: então é, e assim, cada paciente mexe com a gente de um jeito. E o [nome do paciente] é um paciente que tá aqui, quando você passou por aqui o ano passado né... e desde assim, é um paciente que você tá acompanhando há muito tempo... e esses pacientes a gente acaba se vinculando mais.
- R1: é... é verdade, a gente acaba que a gente tem um vínculo mais forte né, com eles...
- S1: é...
- S1: é, e assim, tem aqueles casos que são mais fáceis, que a gente lida com mais facilidade com a partida deles e tem uns que mexem mais com a gente...
- [Pausa]
- R1: é, eu acho que é isso que eu tinha pra falar...
- S1: bom esse artigo né... eu gostei... é pequenininho mas é bem...
- R1: você viu o quadrinho? Pequeninho mas bem complementar...
- S1: é, fala das fases... lá do pré-diagnóstico, do diagnóstico, da fase final...
- R1: eu também gostei...aqui fala da fase final assim: comportamentos funcionais da família, achei interessante isso: adaptação e permanência do desfecho, né, aceitação da pessoa com câncer, como ela é na fase final, né, fornecimento de apoio social e encerramento de laços. É o que tá acontecendo ali, sabe eu perce... eu consigo ver assim sabe, traz os sobrinhos,
- S1: ao mesmo tempo ele barra a entrada de pessoas com que ele já não tinha um laço...
- R1: ele não tem mais que ficar conversando com gente que ele não tem mais contato, não tem sentido mais pra ele... fornecimento de apoio social né, que é o que a família dá, o tempo inteiro... adaptação à permanência do desfecho.. eu acho que eles estão se adaptando `

esse momentos aos pouquinhos... e o disfuncional é não aceitação da pessoa [inaudível] eu acho assim que eles não estão com dificuldades de se adaptar.. é lógico que não é fácil, assim, não é... vamos aceitar e pronto. Lógico que é difícil, mas eu acho que eles não estão, eles não estão com tanta dificuldade com essa adaptação, estão se adaptando aos pouquinhos.

S1: é, assim dentro do contexto de que já é difícil, está tudo bem.

R1: aí que fala né, na fase de crise, sentimentos despertados: instabilidade né, desestabilização de um contexto familiar funcional... é o que está acontecendo na família dele... que a família é toda estruturadinha, bonitinha, pai, mãe, irmã, sobrinhos, eles são donos de um comércio e todos trabalhavam nesse comércio...e todos se ajudavam mutuamente ali, agora não, tirou alguém dali né. E aí ficou um buraco... o buraco do (nome do paciente), só que tá outro buraco, porque tá todos no buraco dele, da irmã, de todo mundo, então tem uma instabilidade ali né, tá instável. É, o estranhamento né, e triunfo sobre os pais, ganhos secundários dos filhos, que algumas vezes acontece, mas acho que não é o caso do (nome do paciente).

S1: eu fiquei pensando também na noiva dele, quando fala na questão dos laços, do desligamento. Quando você trouxe da outra vez que a noiva dele vem e fica só dormindo, que ela não participa mais...

R1: ela dormiu até meio-dia

S1: então, eu penso que ele já tá se deligando e ele tb, pq ele não tá fazendo tanta questão que ela fique acordada, fique com ele, bem, então eu penso que já está tendo um desligamento dos laços

R1: ela vem, ela fica aqui o dia todo quando ela vem,

S1: mas ela não fica de verdade, né...

R1: ela não fica de verdade...

S1: ela fica aqui pra ajudar, pelo compromisso que ela tem com a família... mas ela não fica aqui assim...

R1: ela fica pelo carinho com ele...

S1: claro, com certeza ela tá sofrendo muito, mas eu penso assim até como uma defesa dessa dor que ela vai sentir com a perda del... ela já tá aceitando, vivendo esse luto. Ela já tá se deligando dele porque ela também já sente que ...

R1: que ele não vai estar com ela todo dia...

Pausa

S1: então vamos pros outros casos...

R1: o outro caso é o... (fala o nome do paciente)... olha aí, tá vendo... tô confundindo (nome dopac1 com o 2)...

S1: eles tem casos muito parecidos...são novos..

R1: e eles são amigos... você acredita?

S1: são amigos...

R1: assim, ficaram amigos aqui né, no hospital

R1: bom o pac2 vai completar semana que vem 4 meses de internação...

S1: ai gente ...

R1: ontem ele tava conversador... tem dia que... que quase não to indo lá... acho que fui lá umas 2 vezes só...pq ele só dorme né... e a esposa dele, ela tb é muito despachada, tem 4 meses

S1: e são 4 meses né R2... a gente já tem feito um trabalho há muito tempo assim...

R1: e aí ele tava acordado né, eu aproveitei esse momento que ele tava animadinho, acordado,, acordado e eu fui conversar com ele... ele me contou de um momento difícil

que ele passou na internação, que ele ficou, teve uma pneumonia grave e ele me contou: eu fui lá, abracei São Pedro e voltei.

S1: aha... o jeito que ele fala né...

R1: é...mas ele é uma pessoa muito resignada assim, sabe...muito... ele conta assim, sobre as dores que ele sente, o tempo no hospital, sobre como ele olhava a pessoas no hospital, ele sabe falar bem sobre isso sabe, consegue falar bem sobre isso... aí quando eu perguntei sobre como é que ele ficou né, com esse momento que ele quase foi lá, abraçou São Pedro e voltou

S1: abraçou São Pedro e voltou...rsrsrs

R1: ele disse assim que ele ficou muito angustiado... porque ele estava o tempo inteiro consciente sabe, e aí ele viu que não estava bem , que o pulmão dele não tava bem... e um dos médicos deu o prognóstico errado sabe, falou que ele não ia passar daquele dia, daquela noite, pois é... a (nome da mãe do pac2) ficou louca, assim diz ela que ficou transtornada e ele também sabe, ficou muito assustado, porque aí tiraram , tinha uma pessoa do lado, tiraram o paciente do lado, aí ele pegou e falou assim: agora que eu tô morrendo mesmo... mas ele falou que. Que bom que eu estou aqui, que eu não morri... ele lidou bem com essa situação, ele é bem muito bem humorado, não sei se isso é uma forma de fuga, esse bom humor dele, ou se é algo consciente, não sei, ainda não consegui distinguir isso aí...

S1: é, eu entendo que é uma defesa, eu lembro que o humor tem esse papel né, de ser uma defesa para a gente, uma defesa muitas vezes necessária, mas ele não nega assim, porque ele fala que abraçou São Pedro, voltou, ele encontra metáforas para expressar isso...

R1: é, ele é muito, muito tranquilo assim eu acho sabe, então é um paciente que eu vou lá de vez... não vou lá sempre...[inaudível]

S1: até porque a internação é muito longa né...

R1: mas eu fui justamente por isso: eu falei gente ele tá fazendo 4 meses agora esses dias então vou lá ver como ele tá se sentindo com relação a esse tempo... mas o que acontece, eles estão só aguardando pra fazer... eu não entendi direito, assim ele me explicou: porque como se fosse uma forma dele tomar a morfina o tempo inteiro só que sem ser na veia...

S1: de comprimido?

R1: não, não, de comprimido não serve...

S1: e não é aquele doralg..[pausa]

R1: não, não...

S1: adesivo? Doralgex?

R1: não é adesivo, é a morfina só que parece que é como se fosse procedimento no corpo dele que aí a morfina vai sendo liberada, sabe? Não sei como é isso... aí ia fazer esse procedimento aí... só que 3 dias antes do procedimento aconteceu a pneumonia dele e é não deixaram fazer, procedimento cirúrgico... aí agora ele tá fazendo radioterapia, começou ontem... fazendo a radio, pra ver se diminui o tamanho do tumor, a compressão medular, melhorar os sintomas, pq a cura ele não tem né...

S1: ele tem medo?

R1: é fígado ...

S1: ah, é de fígado?

R1: é fígado com metástase na coluna óssea né...

R1: aí ele tá com compressão medular...

S1: eu sempre confundo, você já tinha me falado que era fígado...

R1: eu tinha comentado que ele tá aqui por causa da coluna

S1: por causa da coluna...

- R1: é, por causa da coluna... porque o fígado dele tá controlado... então não é um caso que tem cura não é...
- S1: humhum...
- R1: e aí ontem a (nome da mãe ou da esposa) me contou que eles compraram uma cama dessas ...
- S1: de casa de ovo.. essas de colchão...
- R1: não... cama igual do hospital, de subir, de descer...
- S1: ah, sei gennnte...
- R1: eles conseguiram com o amigo deles que mora lá nos estados unidos, fizeram um almoço lá... conseguiram 6 mil reais e aí ficou faltando 3 mil porque a cama custava 9 mil... pra ele essa cama é a melhor coisa que poderia acontecer
- S1: sim...
- R: porque pra ele vai ter qualidade de vida em casa, porque ele não consegue movimentar o corpo...
- S1: e até pra esposa dele, o conforto de ajuda-lo, regulando a altura, porque o cuidador sofre muito com a cama comum, porque tem que dar banho... a cama comum é muito baixa...
- R: é baixa... e sempre ele fica deitado... na cama ele fica sentado... então ele vai ter muito mais qualidade de vida
- S1: um conforto pra ele e pra esposa...
- R1: então eles estão só esperando esses procedimentos, terminar a radio, pra fazer esse procedimento pra ir embora pra casa, então por isso que ele tá há tanto tempo... porque ele não consegue ficar sem a morfina na veia, não consegue, não sei se isso é uma dependência da morfina, não sei...
- S1: se é a dependência ou se é a dor...
- R: pode ser a dor mesmo de fato né...
- S1: ou um pouco dos dois né...
- R: então ele não pode ficar sem essa morfina na veia né... ele quer o tempo inteiro... então eles estão só esperando [inaudível] então, é algo bom, fiquei feliz em saber que eles conseguiram comprar essa cama, que eles...
- S1: nossa, e que tem a esperança né, de ele ir pra casa...
- R1: é, a mãe dele é enfermeira... né, então ele tem os cuidados da mãe que entende do assunto né... nossa então acho que pra ele tá muito tranquilo assim...
- S1: é bom mesmo...
- R1: ele tem uma qualidade de vida mesmo diante da doença que é difícil né...
- S1: e que há esperança de dias melhores, né, controle da dor...
- R1: que é o paliativo né...
- S1: é o cuidado paliativo... controle da dor, qualidade de vida... uai, que bom...
- [Pausa]
- S1: que mais? Não teve mais não?
- R1: ah, a dona [nome da paciente], eu liberei tb a visita do netinho dela...ontem tava cheio de criancinhas... e as duas chegaram juntas lá...
- S1: sério?
- [Inaudível]
- R1: aí como ele já teve aqui outras vezes, né...outros momentos... eu nem acompanhei...de fato... eu só orientei, fiz a orientação ele já tinha vindo outras vezes...
- R1: eles são bem cuidadosos também...com essa questão... aí eu pedi pra vim hoje, ontem, porque ela ia ficar neutropênica, então seria melhor ele vim antes né...
- S1: ele vim antes...
- R1: e ela fica feliz né, quando vê ele...ela gosta demais do netinho dela...

S1: é...

R1: agora dona (nome da paciente) é sempre daquele jeitinho né...tem uma fala de que está dando trabalho pros filhos, de que os filhos estão deixando as casas pra virem cuidar dela... que ela quer ir embora pra casa para não dar mais trabalho para ninguém...né...

S1: aquele perfil cuidadoso né...cuida de todo mundo e sente uma dificuldade quando precisa ser cuidada...

R1: e aí eu falei pra ela que às vezes a gente passa a vida cuidando das pessoas e chega um momento que a gente precisa ser cuidado né... eu sempre falo isso pra ela... eu sempre reforço... essa fala é minha sabe...pq eu acho que isso ia ajudar ela nesse momento.

S1: é aceitar um pouco o cuidado...né...

R1: aí o filho dela até comentou: nossa, mas ela é preocupada demais com todo mundo, com as coisas, dinheiro, serviço... sempre ela é muito preocupada e foi só isso, o atendimento dela... basicamente resumido a isso, a um

.... pausa...longa pausa...

R1: tem a dona (nome de outra paciente)... é aquela paciente com [inaudível]

S1: aquela do pâncreas né...

R1: isso... aquela do nosso estudo de caso...é,, ela tem como eu tinha te falado humor deprimido, sempre teve um humor mais rebaixaaado...mais entristecido, mais lenta... eh, já contou do passado, pensamento suicida quando descobriu o diagnóstico, que ela falou que deu vontade de ficar na frente do caaarro... pra morrer logo né... mas ela não demonstra não sabe, esses posicionamentos, ela fala de ficar boa, de ir pra casa pra fazer os bordados, ela .. é... de vontade de ver os netos, os bisnetos... ela agora tá usando a sonda nasoenteral, acho que é nasoenteral... e eu fui conversar com ela sobre isso né, sobre como ela recebeu essa sonda, pq é um procedimento invasivo, n[e, é algo que traz um desconforto pra maioria das pessoas e traz uma ilusão assim que eu já percebi... de que tá muito ruim, de que já tá morrendo sabe... muitas pessoas que o médico fala ah, tem que passar uma sonda...

S1: é sinônimo de... de fim

R1: é sinônimo de morte, de não tá nada bem, aí eu fui ver com ela, como que ela tava lidando com isso e ela falou que estava bem, assim, falou da importância, que ela sabe da importância dessa sonda, aí eu perguntei assim pra ela se incomoda, se traz coisas tristes pra ela né, de usar isso. Ela não... que falou dessa forma assim, de que se for bem pra mim, se for pra ficar melhor, pra não sentir mal estar mais, não tem problema...

S1: e quanto ao prognóstico dela?

R1: ah, não é muito... eu penso que não é muito bom não, por conta da metástase de fígado né, é metastático né... metastático não tem cura né... acho que não é bom o prognóstico não sabe... é controle da dor, controle de... porque ela dá muita hipoglicemia...porque ela produz muita insulina...

S1: ah, é...

R1: ela produz muita insulina...muita, e aí o que acontece é que ela tem muita hipoglicemia... a glicose dela baixa demais... aí ela tem mal estar, ela tem... sonolência excessiva né... tudo causado pela baixa da glicose... tem muito vômito, tem muita diarreia...aí eu acho que está em decorrência do fígado também porque ela tem vários tumores, vários pontos no fígado.

S1: é...

R1: Ai inicialmente eles iam fazer o tratamento de quimioterapia... local... aí tirou a quimioterapia e ai depois decidiram por um transplante, mas ainda não tá decidido sobre isso...

S1: ainda não [inaudível]

R1: não, tem que esperar ela ficar mais forte pra poder ver os exames pra transplante...

S1: então existe, assim, um prognóstico de controle, de qualidade de vida...

R1: então, eu pensei nisso agora... transplante !?!

S1: porque se vão tentar o transplante ...

S1: porque se vão tentar o transplante é porque tem jeito de...

S1: porque cura né... R...talvez não de cura, R, mas de qualidade sabe...

S1: porque como é metástase, não vai ter cura, mas talvez não seja ainda terminalidade...

R1: é verdade. Pra ter uma qualidade de vida...que ela consiga... porque controlando essa insulina dela, é mais fácil de controlar pra fazer o transplante... eu penso que é desse lado assim...

S1: humhum

R1: bom, aí ela tá lidando bem, sabe, eu fiquei preocupada nos primeiros atendimentos por conta dessa história de... do histórico dela de depressão, de já ter tomado medicamento, de já ter feito psicoterapia... daí eu fiquei preocu... [pausa] né... atenta à isso, mas assim eu percebo que ela tá lidando bem com todos os procedimentos que estão fazendo com ela, com os estudos que estão sendo feitos com ela, porque tá sendo estudado bastante o caso dela... e ela tá lidando bem com tudo isso, assim... não vejo que ela tá... ela só tem aquele humor... mais rebaixado mesmo...

S1: mas talvez isso seja dela

R1: é...dela,

S1: talvez seja até uma distímia...porque ela queixa dessa depressão há tantos anos, uma coisa assim, que não foi muito bem... que talvez nunca agudizou... que foi agudizar só no momento do adoecimento... talvez seja algo distímico...

R1: é... não seja uma depressão, assim, porque eu acho que ela lida bem, sabe.

S1: mas eu acho que é importante ficar atenta, porque pode ser que em algum momento seja preciso, já que ela já fez medicamento, uso, então se você perceber uma agudização... talvez seja o momento de solicitar uma avaliação na interconsulta.

R1: humhum

R1:]é verdade...

S1: psiquiátrica...

R1: é verdade...

S1: Então tá...

R1: o (nome de outro paciente) eu conversei com ele, a esposa dele estava dormindo...mas não foi... foi só um explicativo, apresentei o serviço da psicologia... só isso mesmo...

S1: então vamos assinar nossa ata... e a gente desliga né...

APÊNDICE G – Transcrição da materialidade oral (Supervisão 3)

- Supervisão realizada na modalidade grupal (1 psicólogo-preceptor e 2 psicólogos-residentes)
- Local da prática: Enfermaria de Clínica Médica e Ambulatório de Nutrição Clínica
- Interlocutores: Supervisora (S) – também chamada de preceptora e psicólogos-residentes (R1 e R2)
- Todos os nomes são fictícios e as transcrições ocorreram de acordo com as pronúncias

S: Então, vamos começar então que já tem o gravador aí né...

R1: Vamos, então, eu trouxe o caso da Joana... Precisa retomar um pouco da história dela?

S: Acho que pra gravação é bom, se você puder...

R1: então, é uma paciente que teve um câncer e teve que tirar uma parte do intestino e ela tem duas ostomias, uma do lado direito e uma do lado esquerdo. Uma funciona 24 horas porque é numa porção muito inicial do intestino, que é a do lado direito e a do lado esquerdo já é bem mais embaixo, então não funciona tanto. A que realmente atrapalha o funcionamento do cotidiano dela é essa bolsa que funciona 24 horas por dia. Ela é uma paciente que perdeu a mãe quando ela tinha três anos de idade... o pai, ela tinha mais um monte de irmão, o pai ele não cuidou direito e ela foi viver com a avó e é aquela pessoa que a gente já tinha discutido da outra vez, sobre a questão do... do controle, da coisas... ela foi a quem sempre trabalhou dentro de casa, ela sempre se virou, ficou viúva com trinta e poucos anos de idade, teve que criar o filho e ela tá com muita dificuldade em relação a esse momento que ela não consegue ter o controle. Ela apresentou uma questão importante em relação à imagem dela no corpo, que ela não tava se reconhecendo por causa da bolsa... é uma coisa estranha ao corpo dela, que agora é permanente, né, uma bolsa de ostomia, é permanente e irreversível e ela tem muita dificuldade de olhar no espelho e enxergar um corpo estranho no corpo dela.

S: Tem aquele fato também dessa bolsa já ter estourado... de ter passado por todo constrangimento...

R1: é... a bolsa estourou, passou por constrangimento, ficou com medo de fazer as coisas, de sair, de... ela fala que isso é dela também, isso de não querer fazer as coisas, de querer ficar mais em casa, mas.. isso atrapalha o cotidiano. Uma pessoa que evita o contato né, de outras pessoas. Tem uma prima que sempre vai na casa dela ajudar, a fazer as coisas... ela briga com a prima, fala que não é pra ela ir lá, mas... isso já surgiu nas sessões também... se a pessoa vai, ela quer que volte. Então é aquele discurso de que não quero ninguém perto de mim, mas não quer porque tem, né.

S: e também não quer porque tem medo de perder né... então na verdade, ela... esse discurso é mais da ordem do discurso né...

R1: é da ordem do discurso...

S: porque, na verdade o vínculo, ela tem muito medo de perder novamente pessoas de referência né, acho que foi por aí a discussão do controle..

R1: foi... foi por aí

S: uma tentativa de controlar tudo para que não sofra novamente... pra que não seja abandonada né...pra que não estoure tudo isso que está lá emergindo. Acho que tá oK né, de contextualização, acho que podemos passar pra sessão.

R1: então começo a sessão. Boa tarde, como vai a senhora?... e ela responde: como diz... como se diz, nem lá nem cá...e ela é muito risonha né, então ela responde assim, com bom humor. E aí eu falo: como que é isso, nem lá, nem cá? E ela responde: é que não tá bom, mas que tem que dar um jeito de fazer as coisas né. E eu pergunto: o que é que não tá bom? E ela: essa doença, não aceito essa doença. Todo mundo fala que eu devia aprender a aceitar e fazer as coisas. Meu filho vive falando que eu tenho que sair mais, mas eu não aceito. Não aceito; não tenho vontade de fazer nada. A senhora não tem vontade de fazer nada: ela: é, mas toda vida eu fui assim, gostei de ficar na minha, não gosto de ficar na casa dos outro... mas tem coisas que não dá mais pra fazer por causa da doença... E eu pergunto: mas que coisas são essas que a senhora gostava de fazer e a doença atrapalha? [Pausa] Ela: não é nem que eu gostava, mas fazia. Pegava ônibus, ia no centro, fazia as coisas na rua... mas como que eu faço com essa bolsa. Aí eu pergunto se a bolsa voltou a romper. E ela fala que não, mas funciona 24 horas por dia; hoje mesmo aqui já fui duas vezes aqui esvaziar. Isso lá no ambulatório. E eu pergunto: como que é pra senhora vir aqui...um lugar que tem muitas pessoas, que tem movimento... ah, aqui é tranquilo, tem banheiro pra ir, mas tem muito lugar que não tem banheiro. E eu per... e eu falo pra ela: você sempre me mostra que se sente constrangida em lu, em locais públicos... e ela fala: e muito, muito constrangida. Eu falo: entendo. E você vem aqui muitas vezes, e a gente não percebe cheiro diferente, volume na bolsa... É porque aqui tem banheiro para ir e vocês já estão acostumados a ver esse tipo de coisa. Imagina se ela rompe no meio da rua. Aí sim é vergonha.

S: e da outra vez aconteceu isso:

R1: aconteceu isso... ela tava em algum lugar, no supermercado, em algum lugar ela tava e rompe a bolsa... ficou suja.

R1: e a gente já tinha até conversado sobre a possibilidade de ela levar alguma outra roupa na bolsa, alguma coisa assim...mas ela

S: parece que ela...

R1: ela fala que no momento que rompe já vem um cheiro, já suja... é aquela vergonha do momento...

R2: parece que está muito no imaginário né pensar que pode vir a acontecer ... isso tá travando ela agora né...

R1: é, exatamente...

S: talvez resgatar, né [nome da residente], não com ela de novo porque isso já foi dito... Mas, como é que foi nessa situação, né... será que o outro percebeu... ou esse constrangimento é dela mesmo né...

R1: isso surge nessa questão não desse episódio, mas de outras pessoas comentando sobre ela...

R2: uma persecutoriedade né...

S: o episódio foi dentro do ônibus?

R1: então, foi em algum lugar, eu não lembro o lugar, eu só sei que não foi dentro do ônibus, não sei em que lugar que ela tava, se foi num supermercado, numa loja...mas foi constrangedor pra ela, com muitas pessoas por perto

- S: eu fico pensando nisso, né... como é que foi essa situação, porque ela tá muito persecutória de isso acontecer de novo...
- R2: é verdade...
- S: tá no plano imaginário... da falta de controle...
- R1: e o médico ainda falou pra ela que isso pode acontecer e ela fica com a fala do médico... não, se ele falou: então, pode acontecer, é porque... e já aconteceu...
- R2: e se o médico falou né... como se diz...
- S: Mas me parece que tem algo nesse evento, né, nesse acontecimento que marca que ela fica... que a gente poderia falar tem uma marca traumática, porque ela fica rememorando aquela cena o tempo todo na expectativa de que isso pode acontecer. Não o evento em si, mas que ela sentiu naquele evento... dessa ordem, entende?
- R2: tentar voltar mais nisso, né, pra gente ter mais detalhes de como que foi realmente... de repente, assim.
- S: talvez não tenha necessidade de perguntar pra ela a não ser que o assunto surja, mas resgatar na sua memória alguma anotação, se ela conta como é que foi essa situação...
- R1: foi um caso passado pra mim né... ela era acompanhada antes... pela (nome de outra psicóloga).
- R2: então isso já tem muito tempo?
- R1: tem, eu ainda não conhecia ela quando aconteceu
- S: tá, vamos continuar que tem mais outras coisas aqui, mas eu quero esperar...
- R1: aí ela fala: mas aqui tem banheiro e vocês estão acostumados com isso. E ri. Imagina só no meio da rua, que vergonha, e eu pergunto: e como que é isso pra você, esse constrangimento, essa possibilidade de passar um momento de vergonha. E ela responde: é difícil né... não é fácil, não tenho vontade fazer nada, nada e eu não me sinto na obrigação de fazer nada também, meu filho fala que eu tenho que fazer mas eu não tenho não. E eu: é..., cada um tem as visões... ele te estimula, você não quer fazer algumas coisas, mas tem alguma coisa que te deixa feliz hoje em dia? E ela: hoje não, eu gostava da minha hidroginástica, da minha caminhada, mas eram coisas que davam pra fazer antes, que agora nem se eu quisesse, já te perguntei, tentei dar um jeito, mas não tem como mesmo. E eu falei: é hidroginástica realmente não tem como, mas caminhada? Ela responde que sente muita fraqueza, câimbra. Eu consigo ir, mas não consigo voltar. E ri. Sempre com uma risada no final das falas. Mas, não tem outro jeito né, fico mais em casa mesmo e saio agora só quando precisa mesmo. E eu falo: e a senhora vem ao ambulatório... que é um lugar né...que... (pausa) é... porque eu falo assim: porque ela sai de casa pra vir né... vem ao ambulatório: e a senhora acha que isso ter auxilia de alguma forma? E ela: ajuda, mas eu tenho porque tem que vir... mas eu sei que não vai resolver o problema. Ajuda numa parte; a da alimentação, mas não vai me curar. O doutor (nome do médico) não pode me curar – que é o cirurgião dela –, a doutora (nome da médica), você, as meninas aqui... ninguém pode me ajudar. Mas eu faço tudo que eu tenho a obrigação de fazer, tomo minha injeção toda semana e assim vai... não deixo de fazer nada que seja obrigação, apesar de saber que nada disso adianta. Ai eu pergunto: a senhora busca ajuda e sente que não pode ser ajudada, é isso? Ela: é...eu sei que a intenção de todo mundo é boa, eu estaria pior se não fosse por vocês, mas ninguém pode mudar o que não tem uma solução. Ela acha que só ajuda mas não soluciona. E eu falo: a senhora está me dizendo que ao mesmo tempo que não acredita que tem jeito, a senhora procura dar um jeito nas coisas... vindo aqui... tomando a injeção, procurando médico...ela é... o que tá no meu alcance eu faço, mas sabendo que não tem solução. E eu falo: a... senhora sempre resolveu tudo na sua vida né, foi uma coisa que a senhora mesmo me disse... sempre com controle do que está a sua volta... e agora vive uma situação que algumas coisas fogem do

seu alcance, do seu controle, não é? E ela fala: é isso mesmo, eu trabalhei, fui atrás de tudo, resolvi tudo e agora o que eu posso fazer? Tem solução? Não tem. Me diz... o que eu poderia fazer? E como posso aceitar isso? Muita gente me fala que tem gente pior do que eu por aí... e eu que tem mesmo... eu sei que eu tô errada... e ela repete umas três vezes: errada, errada. Mas eu não consigo aceitar. Até eu participei de um grupo aqui com pessoas que usavam a bolsa e levavam numa boa... mostravam pra quem quisesse ver, mas eu não sou assim, eu tenho vergonha. E eu pergunto: a senhora se vê errada? Por que? Não, é porque eu quase morri... devia estar é feliz por estar viva, porque tem muita gente pior do que eu... mas se eu soubesse que ia ser assim, nem sei viu... e eu falo: nem sabe? E ela: é... eu sobrevivi, mas não posso fazer mais nada, ué...

S: a mãe morreu de que, mesmo?

R1: ai, foi de uma doença, eu preciso recordar nisso, é porque ela tinha três anos... era pititinha, e ficou com o pai . o pai tinha muitos filhos e

R2: e deu pra avó cuidar...

R1: não é que deu pra avó, mas a avó que acabou cuidando

R2: e ela fala: eu sobrevivi, mas não posso fazer mais nada ué... já que eu não morri, vou fazer a minha parte... e eu pergunto do grupo... como é que foi a participação do grupo dela, que ela tinha mencionado anteriormente... e ela fala que na hora ajudava, eu via que tinha muita gente que passava pela mesma coisa que eu... até pior, mas era só sair daqui que voltava tudo na mesma... não sei... não é porque elas aceitam que eu sou obrigada a aceitar e sempre foi assim. E eu pergunto: mas o que seria aceitar... pra senhora? E ela fala: ah, sair, passear, andar de ônibus, não ter vergonha de outras pessoas verem, ter vontade de fazer as coisas... e as pessoas na rua comentam quando vêem alguém assim. Já comentaram da minha bolsa, como se eu não fosse uma pessoa. Ela tinha contado que passou na rua e um menino apontou e ficou perguntando o que que era aquilo pra mãe...e aconteceu de outras pessoas ficarem apontando, perguntando em várias situações enquanto ela estava na rua... foi fazer alguma coisa na rua... num banco, assim nessas ocasiões. E eu pergunto como é que ela se sentiu quando isso aconteceu. E ela responde: ah, é um absurdo. Deveriam criar melhor os filhos pra respeitar as pessoas. Achei ruim demais. Imagino que seja ruim mesmo, mas me conta mais sobre isso... ela: não, foi isso, sempre é assim, mas é muito ruim pra mim e aí eu prefiro ficar em casa mesmo. Aí eu falo assim: a senhora mostra uma grande preocupação com... o que se passa na cabeça das pessoas... o que vai acontecer... e ela fala: é claro! Como que vive com todo mundo te olhando e falando de você. E eu pergunto: e será que todas essas pessoas estão falando mesmo de você? Ou é a senhora que espera que todo mundo já vai reparar e comentar? E ela responde: é... para pra pensar um pouquinho... e fala: é... num sei... acho que falam sim, mas pode ser coisa da minha cabeça também. Deve ter gente que não repara, né...

R2: o jeitinho dela...

R1: mas eu sempre acho que tá todo mundo reparando. Ai eu falo: pode ser que muita gente olhe, pode ser que muita gente nem repare... mas como que você vai saber... como que você pode aprender a lidar com isso? Porque às vezes nem todo mundo tá reparando... ela: não eu não deveria ligar né, mas eu ligo independente dos outros, eu mesma não aceito isso em mim. Eu falo: entendo. Você pode ir pensando um pouquinho nisso, em como lidar melhor e no que te daria vontade de fazer, não por obrigação, mas por vontade... e isso nós vamos descobrir... e aí eu começo a encerrar porque ela já tinha falado muito...muito longa a sessão e toda hora alguém já tava abrindo a cortininha... e, isso nós vamos descobrindo. E ela fala: é, o tempo vai passando e eu acabo achando alguma coisa que vai me dar vontade de fazer né... vou pensar nisso mesmo e tentar fazer algumas coisas. E eu falo: isso, então eu te espero na próxima consulta e a gente se vê...

S: só me retoma (nome da residente) o que eu pensei... a questão da desnutrição dela em função da bolsa, ou ela tem uma alimentação diminuída em função de tudo isso...

R1: a bolsa dela é 24 horas por dia..

S: áhhãmm...

R1: mas... então ele ela perde praticamente tudo que ela ingere...

S: ela teria que aumentar a ingestão ou não?

R1: aí vai sair mais pela bolsa... então ela tem que comer coisas mais...

R2: em tempos espaçados, né...

R1: ela tem que fazer oito refeições por dia... comer pouquinho e várias vezes... muito... coisa que solta o intestino não pode... então já tem que testar... teve que testar um monte de coisa, uma vez ela tomou suco de acerola e foi um desastre... aí que passou direto. Então ela tem algu muitas restrições da alimentação por causa disso, mas ela não deixa de comer muita coisa que ela gosta. Então ela come aquilo que ela gosta, e poucas coisas foram retiradas da alimentação dela.

S: e ela consegue seguir, essa dieta que foi recomendada?

R1: segue, ela segue tudo direitinho. Igual ela fala, né a minha parte eu faço...

R2: ela faz... ela realmente faz...

R2: o filho dela anota... ela não sabe escrever muito bem, então o filho dela anota coisinha por coisinha. Ela, sabe, falou pra tomar tal suplemento ela toma, quantas vezes por dia, toma

S: bem orientado né...

R1: ela segue direitinho.

S: Eu perguntei isso porque ela vai falando o tempo todo o que ela tem que fazer por obrigação, né... e tanto comer como evacuar pra ela é uma obrigação, né...

R2: é verdade...

S: e a evacuação, no caso, não tem controle né... essa bolsa que funciona 24 horas por dia né, ela perde esse controle, que nesse trabalho a gente vai falar mais de fase oral né. Mas a gente sabe o quanto que a fase anal também é importante pra constituição do psiquismo, né. O quanto essas fezes, isso que se produz do corpo, né é importante e a regulação disso, né, pra formação do psiquismo e ela vai perdendo isso... então é preciso... é, talvez direcionar essa, esse controle pra outros lugares.. essa possibilidade ela não tem. E aí fica uma necessidade grande também de ir esvaziando essa bolsa, isso que tá ruim, que tá incomodando... ela fala que qualquer banheiro que ela vê, ela já esvazia, às vezes não tá na hora... pelo que eu entendi do funcionamento da bolsa, de esvaziar, mas ela se incomoda, ela precisa tirar aquilo o tempo todo. E eu acho que não é só a bolsa que funciona 24 horas por dia, né... ela funciona 24 horas por dia em função dessa bolsa e eu acho que aí que está a dificuldade da dona (nome da paciente); de ter outros focos de funcionamento, de poder se desligar dessa bolsa que fica funcionando o tempo todo...e eu achei muito interessante (nome da residente) essa sessão quanta coisa foi possível, né, de se pensar e ela vai tendo os próprios insights quando ela fala: é... como é que é... (pausa) alguma hora que você diz: olha, você já pensou que talvez as pessoas não estão vendo? E ela diz:é...

R2: deve ter alguém que não repara..

S: é... deve ter alguém que não repara, né...

R2: parece que, assim, ela projeta a não aceitação dela no outro né, e com isso ela cria uma plateia imaginária, como se estivesse sendo observada o tempo todo...

S: isso... exatamente

S: tem um termo na psicologia do desenvolvimento que chama audiologia imaginária, não sei se vocês já estudaram isso, ele é mais comum... é, na adolescência, que é essa questão de eu pensar que o tempo todo, né, o adolescente pensar que o tempo todo ele está sendo

avaliado, tem uma plateia imaginária como você disse. O que que é isso? Porque lá na adolescência aparece? Por quê? Ele tá saindo da identificação com os pais e buscando identificações externas... então é uma busca pela identificação no outro. Como ela não se identifica com o outro que tem a bolsa, que tem a vivência que ela tem, isso cai no buraco, aí ela projeta, né, toda essa angústia de não ter com quem se identificar e aí eu fiquei pensando na mãe, né... porque ela perde essa referência de identificação da mãe e as figuras que vão sendo substitutivas parece que não vão dando conta desse lugar né...

R1: não...

R2: é verdade...

S: ela sobrevive...

R1: ela fala que a avó não tinha como dar atenção a todo mundo

S: e ela não sobrevive a partir do câncer. Ela sobrevive uma vida inteira, né... ela não consegue viver

R1: isso ela já surgiu nas nossas sessões, a questão do viver... sobreviver... não viver...

R2: e como que ela é, assim, como mãe, você sabe?

R1: muito preocupada, parece ser muito preocupada...prestativa, sempre fez tudo pelo filho...só que não é aquela mãe também muito... não sei se ela é controladora, pode ser que sim, mas que não barra o filho dela de deixar...

R2: de deixar à vontade...

R1: para ele desbravar e ir criando a própria vida, parece que ela dá espaço pra ele fazer isso, mas ...

R2: ela é divorciada, né...

R1: não, viúva...

R1: morreu quando ela tinha trinta e poucos anos...são muitas perdas, né...

R2: é, muitas perdas...

R1: e aí essa coisa dela...

R2: e nunca mais teve outro homem...

R1: nunca mais...

S: olha o controle... porque aí fica muito rígido mesmo né... com a bolsa, agora, essa possibilidade é menor ainda... a não ser que ela consiga uma outra figura de identificação, né...

S: é, ela sobrevive uma vida inteira e quando ela vive é por obrigação. Então essa alimentação toda rígida... é por obrigação que ela se nutre né.. e quase que uma obrigação pelo fato de ter sobrevivido ao câncer também né... ela diz: já que eu não morri, o que me resta é viver...

R1: Ela até usou a expressão aqui: se eu sobrevivi.. ela até me olhou rindo, assim porque a gente já tinha conversado sobre essa questão de viver e de sobreviver... ela é, se eu sobrevivi...sabe, eu percebi que ela tinha refletido um pouco sobre isso. Ela olhou bem pro meu rosto, sabe

S: então, que ela fala essa frase, não sei se eu tô enganada: já que eu não morri, vou fazer a minha parte.

R1: exatamente...

S: e quase que como uma obrigação mesmo ela diz que... ela vivia sem merecimento... e me chamou muito a atenção, você fala né: ela muito sorridente, em vários momentos ela ri...

R2: ela parece que fala algo assim que é meio trágico e ri depois...

S: né...uma forma assim, de formação reativa... pra dar conta

R1: ao mesmo tempo bravo e ri... uma formação reativa né...

S: pode ser né (nome da residente)... na angústia, ansiedade de estar falando tudo isso, né, ela vai pro lado oposto, né... no caso o riso.. e é muito da condição dela, ela vai vivendo e

rindo e fazendo, pra não entrar em contato com isso que angustia, que talvez é lá um desamparo, né, a ausência dessa mãe em função do óbito, né, figuras que não conseguem dar conta dessa, né, dessa posição materna... e essa ausência de identificação primária. Acho que é por aí...

R1: ahrammm

(pausa)

S: mas eu observo um crescimento desde a última, desde o último atendimento, em termos dela mesmo, né... tanto seu né (nome da residente), ir caminhando com as interpretações, né, parece que dava uma sensação que ela ia e voltava... como é que ela fala aqui...:

R1: nem lá nem cá...

S: é... eu consigo ir mas não consigo voltar... uma paralisia, uma certa... dis...[interrompe] ela vai até um lugar, não dá conta de ir pra frente nem de ir pra trás, mas nessa sessão eu acredito que ela vai um pouquinho pra frente. É... nem no grupo ela encontra identificação...

R2: é verdade...

R1: é, e ela vai, ela participa, mas isso não .

R2: mas num é porque... ela fala que num é porque o outro aceita que eu tenho que aceitar...

S: Porque ela já faz muita coisa por obrigação, ela vai ter também que se obrigar a aceitar...

R2: aceitar né...

S: aceitar algo que ela ainda não tá pronta?

R2: e parece que é algo que as pessoas colocam pra ela, né, que ela teria que ser grata por ter sobrevivido..

R1: é, ela fala isso, né, muita gente fala...

(pausa)

S: fico pensando também (nome da residente), o que você sente ... na medida que vai ouvindo ela, na medida que imagina a possibilidade dessa bolsa estourar... fiquei pensando, um pouco isso, queria que você falasse...

R1: não, quando eu ouço ela falando isso, eu penso: realmente...

(risos).

R1: imagina uma situação dessa, eu tive uma pessoa assim em casa né...

S: fala um pouquinho pra gente como é que você se sentiu...

R1: é, meu avô teve câncer de intestino ... e eu tenho grandes probabilidades de ter...

(risos)

R1: e... ele teve que usar bolsa e eu lembro direitinho. Eu não lembro de ver ele sofrendo por causa disso...não lembro...