



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

**João Ricardo da Silva e Silva**

**A CLÍNICA DAS URGÊNCIAS SUBJETIVAS EM UM HOSPITAL GERAL:  
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

São Cristóvão – SE

2024

JOÃO RICARDO DA SILVA E SILVA

**A CLÍNICA DAS URGÊNCIAS SUBJETIVAS EM UM HOSPITAL GERAL:  
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Psicanálise e Cultura Contemporânea.

Orientador: Prof. Dr. Rogério da Silva Paes Henriques

São Cristóvão – SE

2024



# **JOÃO RICARDO DA SILVA E SILVA**

## **A CLÍNICA DAS URGÊNCIAS SUBJETIVAS EM UM HOSPITAL GERAL: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Psicanálise e Cultura Contemporânea.

Data de aprovação: 30/08/2024.

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Rogério da Silva Paes Henriques  
(Orientador - PPGPSI/UFS)

Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho  
(Examinador Interno - PPGPSI/UFS)

Prof. Dr<sup>a</sup>. Susane Vasconcelos Zanotti  
(Examinadora externa à Instituição - UFAL)

Dr<sup>a</sup>. Rosana dos Santos Silva  
(Examinadora externa à Instituição - UFBA)

São Cristóvão – SE

2024

*Fazer uma pesquisa é também se autorizar ao exercício de autoria.*

*A escrita começa com o vazio.*

(Eu mesmo)

## RESUMO

Tendo em vista que a transmissão em psicanálise está em interseção com a práxis, esta pesquisa apresenta como ponto de partida a construção de um saber a partir da escuta da urgência subjetiva no contexto hospitalar. Objetiva discutir sobre a clínica das urgências subjetivas no contexto de um hospital geral referência em urgência, emergência e trauma. De abordagem qualitativa e natureza exploratória, esta pesquisa se constituiu a partir da revisão narrativa de literatura sobre a temática da urgência subjetiva, do percurso dos estudos sobre o trauma em Freud e Lacan, e da construção do caso clínico na perspectiva psicanalítica, a fim de fazer uma análise crítica sobre a prática e os seus impasses e a interlocução com a teoria. Os resultados apontam que uma situação de urgência subjetiva demarca um furo na cadeia significativa, retirando a estabilização psíquica do sujeito. A subjetivação da urgência favoreceu, no caso em questão, uma dilatação do tempo de compreender e a transição de uma dor fechada em si mesmo a uma abertura no campo do outro. A clínica psicanalítica também contribuiu com a possibilidade de outro modo de manejo frente à urgência, para que algo da subjetividade pudesse advir. Conclui-se com a importância de estudar sobre o tema e construir novos percursos de investigação, tendo como horizonte a singularidade de cada caso.

**Palavras-chave:** Psicanálise; urgências subjetivas; hospital.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Aspectos metodológicos.....	21
1.2 Procedimentos de Coleta e Análise .....	23
1.3 Aspectos éticos.....	24
<b>2 URGÊNCIA SUBJETIVA: UM PANORAMA GERAL.....</b>	<b>26</b>
2.1 Urgência subjetiva: uma definição construída.....	27
2.2 Da urgência generalizada à urgência subjetiva: a presença como oferta.....	32
2.3 A clínica das urgências subjetivas: de uma definição construída à uma prática embasada.....	37
2.4 A clínica das urgências subjetivas no contexto hospitalar.....	39
<b>3 URGÊNCIA SUBJETIVA E TRAUMA: UMA CLÍNICA DE TEMPOS.....</b>	<b>44</b>
3.1 Um breve percurso sobre o trauma.....	45
3.2 Notas sobre o trauma em Freud.....	47
3.3 Notas sobre o trauma em Lacan.....	54
<b>4 UM RETORNO SOBRE A EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>63</b>
<b>5 TENHO MEDO DE FICAR SÓ.....</b>	<b>65</b>
Primeiro momento: <i>Sem os amores não tem vida</i> .....	65
Segundo momento: Uma memória para nunca mais esquecer.....	70
Terceiro momento: Entre fatos e sussuros.....	76
Quarto momento: A prática entre vários.....	80
5.1 O fazer <i>psi</i> na prática entre vários: uma breve reflexão sobre a presença da/o profissional da psicologia na equipe de saúde.....	83

<b>5. 2 Notas importantes.....</b>	<b>86</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES NÃO FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>6.1 O hospital é um espaço vivo.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>



## 1 INTRODUÇÃO

“Porém no hospital eu vi o rosto  
Que não é pinheiral nem é  
rochedo  
E vi a luz como cinza na parede  
E vi a dor absurda e desmedida”.

(Sophia de Mello Breyner Andresen. Poema  
“O hospital e a praia”)

Desenvolvida no campo das interlocuções entre psicanálise e o contexto hospitalar, o presente trabalho de pesquisa busca propor uma formulação teórica a partir da clínica das urgências subjetivas em um hospital geral, como um saber que se difere daquele que é concedido pela ciência, em uma lógica atravessada pela progressão das tecnologias. A definição de urgência subjetiva, extraído da teoria psicanalítica, refere-se a algo que provoca uma quebra na linha do tempo, retirando o sujeito do seu equilíbrio e o convocando a se haver com o real e com o desamparo simbólico (Seldes, 2019), definição esta que subsidiará a presente pesquisa.

Nesta perspectiva, é importante pensar o hospital geral como um contexto que é atravessado por experiências nas quais as pessoas vivenciam intensa angústia e sofrimento por se depararem com um emaranhado de situações que circundam o processo de adoecimento, e onde a urgência subjetiva pode se fazer presente de forma expressiva e frequente (Barboza et al., 2019; Almeida & Aires, 2023).

O surgimento e o trabalho da escuta das urgências pode ocorrer arbitrariamente em qualquer local e espaço de tempo no hospital, não sendo só as emergências dos serviços de saúde os espaços suscetíveis para tal irrupção (Donnarumma, Rodrigo, Bernztein, Cohen & Allamprese, 2006). Sendo assim, o ambiente hospitalar é um campo fértil para a vivência de situações traumáticas que demandam um intenso movimento de elaboração psíquica, não só dos pacientes, como também dos seus familiares e dos profissionais que ali compõem esse local (Batista & Rocha, 2013; Cordeiro & Miranda, 2020; Almeida & Aires, 2023). Portanto, é importante haver profissionais qualificados, com escuta atenta e prontidão do acolhimento, inseridos nesses lugares onde o sofrimento rompante se presentifica.

Com isso, frente a essas questões e cenário descritos, a pergunta que norteia este trabalho e que se coloca então é: quais as contribuições da clínica das urgências subjetivas no contexto do hospital geral?

A vivência da prática clínica em instituições de saúde tem me convocado e me provocado a pensar sobre esta temática e a questão da subjetividade nesses espaços. Uma primeira reflexão sobre os aspectos subjetivos no hospital, foi realizada durante o meu processo formativo na Residência Multiprofissional em Saúde, no referido contexto, com o trabalho de conclusão do curso, no qual foi discutido a psicanálise no hospital e a pandemia da COVID-19, acontecimento vigente no referido período. Desde então, novas inquietações foram surgindo e passei a problematizar a assistência ofertada a pacientes e familiares que vivenciam intenso sofrimento psíquico e questões de saúde mental, agora em uma experiência diferente da anterior, em um hospital geral referência em urgência e emergência e trauma, um prato cheio para a discussão aqui proposta. É desta atuação que construo, agora, o percurso desta pesquisa, prática através da qual foi possível identificar impasses para manejar o cuidado e a assistência prestados ao paciente em torno dos seus aspectos subjetivos, bem como a dificuldade da equipe na lida com tais questões. Além disso, algo do desejo de saber sobre a temática e aprimoramento da prática clínica também contribuíram para este passo. Rodrigues (2021) discorre que

o desejo do analista para a clínica da urgência pode ocorrer a partir de uma experiência pessoal com a urgência subjetiva de si ou de outro, que fez borda com o real, que pela práxis quer aprimorar seu ato analítico, e isso pode levá-lo ao lugar de analisante para falar e dar sentido, ao lugar na análise de controle (supervisão); ou a formação se dá pelo desejo de saber sobre urgência, que constituirá um caminho de busca sobre esta clínica em sua constituição de analista (Rodrigues, 2021, p. 100).

A complexidade dos aspectos envolvidos no processo saúde-doença e na questão da interdisciplinaridade, são pontos chaves para se pensar e discutir a atuação do (a) praticante da psicanálise no hospital, uma vez que a lógica dominante nesse contexto diverge da ética<sup>1</sup> psicanalítica. Nesse campo de prática, os aspectos subjetivos ainda são tidos como um entrave para muitos profissionais, diante dos quais a estratégia comumente

---

<sup>1</sup> A ética da psicanálise é a ética do bem dizer e do sujeito do inconsciente. Há o conhecimento de que algum aspecto do inconsciente está em atuação, mas de antemão só poderá saber o quê, necessariamente, a partir do que o sujeito fala. Trata-se, portanto, da ética da palavra, palavra que produz efeitos.

utilizada é silenciá-los, uma vez que os discursos da ciência e da medicina são atravessados pela objetividade e o paciente ao ser admitido no hospital é submetido a uma tentativa de abolição da sua subjetividade pela ordem médica (Clavreul, 1983; Moretto, 2019). A subjetividade no hospital, portanto, é atravessada por um saber hegemônico médico diante do qual o subjetivo ocupa uma função de impeditivo ou daquilo que oferece risco para a condução dos procedimentos e terapêuticas, sendo, portanto, o trabalho da clínica das urgências subjetivas nesse contexto, um furo nesse saber e uma afirmação da subjetividade nos cuidados em saúde (Moretto, 2019).

Uma instituição de alta complexidade referência em trauma, traz, de saída, uma série de pontos e de possibilidades a serem pensados e destacados, pelas próprias condições de urgência e emergência inerentes e as reverberações disso para o sujeito, para a família, para os profissionais da saúde, para a instituição e para o Estado. Pensar em um centro de trauma é trazer à tona a questão da Saúde Pública, uma vez que a maioria das demandas que chegam a este Serviço compõem o grupo das causas externas, podendo-se destacar, por exemplo, os acidentes, as violências e o suicídio, responsáveis por significativos índices de mortalidade no Brasil e no mundo (Brasil, 2011; Onurb, 2014). Desse modo, este cenário aponta para casos e situações de grande sofrimento psíquico, através das quais é possível deixar ainda mais evidente que a clínica psicanalítica é a clínica do real como o impossível de simbolizar, do real como obstáculo, com a prática cotidiana do trabalho no hospital escancarando tal questão (Alberti, 2019).

Lacan (1981) fala que o real é irrepresentável e que resiste à subjetivação. O real está associado àquilo “que não pode ser representado nem por palavras, nem por imagens” (Coutinho, 2005), representando-se no corpo como gerador de angústia. A angústia, por sua vez, é um dos nomes para urgência e forma de manifestação diante do real, impactando no enlace dos registros real, simbólico e imaginário (Bassols, 2015; Lacan, 1962/2005). Nas instituições de saúde, há um contexto via de regra composto pela imprevisibilidade, falta de privacidade, risco iminente de morte, dores, desamparo (Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019), e em um hospital de trauma, também acontece algo da ordem do inesperado, rompendo com a estabilização do sujeito, provocando uma condição de urgência subjetiva (Batista & Rocha, 2013).

Diante de um acontecimento disruptivo, as circunstâncias clínicas são variadas e as cenas que se apresentam como saída frente o real podem ser múltiplas e singulares, como um sujeito que sofreu um grave acidente e não mais poderá andar, manifestando pensamento de morte para os profissionais; um sujeito que enxerga deformações em seu

corpo, não como marcas de uma doença, mas pelos efeitos da violência cotidiana da qual foi vítima, não encontrando via de elaboração para tal sofrimento; o confronto com a morte diante da realização do processo cirúrgico, repercutindo na sua relação com a linguagem, que se presentifica em silêncio e estagnação. Ou um sujeito que dá entrada na instituição por ter tentado se suicidar, provocando ecos na equipe, que está imersa em uma lógica de preservação da vida a qualquer custo.

Isso abre espaço para as possibilidades de manifestação da urgência, que pode aparecer como dor, estagnação, intenso sofrimento, geralmente provocando uma quebra na linha do tempo, ocasionando uma perda de referências (Sotelo, 2006; Seldes, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020). A urgência que surge como uma fragilidade do aparato simbólico do sujeito, desencadeia um sofrimento psíquico fruto de uma degradação temporal entre o instante de ver e o momento de concluir, fazendo desaparecer o tempo de compreender (Seldes, 2019); tempo este que corresponde ao tempo da elaboração, que, na urgência, fica escamoteado porque há uma pressa do sujeito como saída possível frente ao insuportável do encontro com o real. Desta saída podem aparecer várias passagens súbitas ao momento de concluir, como por exemplo, a estagnação, o mutismo, um *acting-out* e uma passagem ao ato<sup>2</sup> (Seldes, 2019). As três dimensões do tempo – de ver, compreender e concluir – fazem parte das considerações sobre o tempo lógico, conceito utilizado por Lacan (1945/1998) para dizer que o processo de ressignificação de um evento traumático não acompanha a dimensão cronológica, está para além do acontecimento.

Faz-se necessário trazer, aqui, a discussão que marca a diferença entre urgência e emergência a partir da concepção da medicina, e urgência na perspectiva psicanalítica. O Conselho Federal de Medicina, a partir da resolução nº 1451 de 1995, faz referência aos conceitos de emergência e urgência, destacando o aspecto da ordem da preservação da vida e sobrevivência:

“Define-se por *emergência* a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se por *urgência* a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador

---

<sup>2</sup> No seminário sobre a angústia, Lacan (1962-1963) traz a diferenciação entre os conceitos de *acting-out* e passagem ao ato com base em elaborações feitas sobre o objeto *a*. Para ele, o *acting-out* seria “como um subir à cena do objeto, enquanto a passagem ao ato seria um deixar-se cair ou um sair de cena. A diferença entre os dois ‘é que no segundo haveria um curto-circuito do objeto com o sujeito, sendo o sujeito’ quem cai, enquanto no primeiro haveria uma subida à cena do objeto, mas agora endereçado ao Outro” (Calazans & Bastos, 2010, p. 248).

necessita de assistência médica imediata” (Resolução CFM nº 1451/95).

Pode-se notar que tais definições trazem em jogo a constatação de uma necessidade específica de conduta assistencial e uma pressa cronológica para manutenção da vida, sendo esta conduta estabelecida pelo profissional, situação que embora extremamente necessária, acaba, de saída, impossibilitando o aparecimento do sujeito com seus aspectos singulares (Almeida & Aires, 2023). Diferente da medicina, a partir da qual se opera o tempo cronológico frente à pressa, para a psicanálise, há a dimensão do tempo lógico, sendo utilizada uma pausa lógica, por intermédio do analista, dando a possibilidade de resgatar o sujeito na urgência, através do intervalo entre os significantes (Sotelo, 2015).

Para a psicanálise, quando há uma demanda de urgência, significa que o sujeito pode se encontrar em crise, conceito que, conforme Seldes (2019), não é oriundo da teoria psicanalítica, mas a partir dela é possível pensá-lo, quando o aparato simbólico do sujeito não dá conta de contornar o real desenfreado e sem lei, ocasionando uma irrupção traumática, havendo uma fissura na cadeia significativa, o que, por sua vez, não permite a representação do sujeito e acaba engendrando um efeito de mortificação. Desse lugar, de acordo com Kuppermann (2016), o tempo que dispomos para cuidar dos pacientes no hospital - “o tempo do trauma e os tempos do cuidado” - , é o objeto propriamente dito da clínica psicológica no contexto hospitalar: “transformar a mortificação em uma experiência vital” (p. 18). Esta construção dialoga com o que Seldes (2006) também trouxe sobre esse ponto, marcando que para relançar a dimensão subjetiva na urgência, é importante apostar na via da investigação clínica, para traçar os elementos que levaram à degradação temporal, implicando o sujeito no processo de construção de sentido das contingências que lhe acometem, pondo-o a trabalho. Esse sentido é construído singularmente *a posteriori*, e não aprioristicamente a partir de categorias universais das insígnias dos *pathos* e de taxonomias médicas, por exemplo, que se configuram como um modo de apresentar um saber frente ao não saber que um sofrimento singular traz.

A partir dessa discussão, surge o ponto de que nem toda urgência pode ser nomeada de urgência subjetiva, o que remete à questão da urgência generalizada (Belaga, 2005), destacando, neste caso, o não espaço da fala frente ao acontecimento, apagando, portanto, o subjetivo, e, por consequência, o que há de singular. Batista e Rocha (2013) afirmam que “a urgência generalizada só pode ser considerada urgência subjetiva pelo acolhimento do psicanalista, quando, por meio da oferta de uma escuta, é possível

localizar a urgência em torno de alguns significantes trazidos pelo sujeito”. Tal cenário abre uma discussão interessante sobre o modo como a subjetividade é vivenciada e tratada na sociedade, bem como as produções subjetivas na contemporaneidade e o modo como isso reflete, também, dentro das instituições.

Sobre as formas de subjetivação na contemporaneidade, Birman (2019) destaca que, frente à fragmentação do campo da alteridade na experiência psíquica, o sujeito deixa de endereçar um chamamento ao outro, o que se configura como dor, um movimento de “eu-só”, da ordem do desalento, onde esse sujeito se encapsula e “a subjetividade se fecha sobre si mesma, não existindo qualquer lugar para o *outro* no horizonte do seu mal-estar” (Birman, 2019). A dor, portanto, manifesta-se como o principal mal-estar contemporâneo, pela via do desalento e não pelo desamparo, de onde haveria, neste último, um apelo e por sua vez, um sofrimento.

O autor aponta que o sofrimento é da ordem do desamparo, porque no desamparo há uma abertura para a dialética em sua dimensão alteritária, pressupondo que o outro estará presente como oferta de suporte emocional e afetivo, viabilizando o processo de elaboração psíquica (Birman, 2019). Essas pontuações são importantes para pensar a questão da subjetivação da urgência, processo pelo qual se favorece o deslocamento da dor ao desamparo, pela presença do praticante da psicanálise, como oferta para os significantes que venham a aparecer. É possível pensar que tais “modos de subjetividade” contemporâneos respondem a um universal (social) e não coincidem necessariamente com a emergência do sujeito da linguagem (simbólico) em seu encontro sempre singular com o real – como impossível de simbolizar. O social e o simbólico não são idênticos entre si. Lacan aponta ser importante alcançar a subjetividade da época, pois o psicanalista opera sobretudo a partir dos *semblantes* do seu tempo - com os quais, contudo, não campactua.

No que tange às questões dos tempos de hoje, Bastos e Zanotti (2022), classificam a urgência subjetiva como um desafio nos momentos atuais, por ser “uma das configurações do sofrimento que mais se manifestam na contemporaneidade, ainda que não tenha surgido nela” (p.25), e a clínica psicanalítica também vem sendo desafiada neste aspecto, tendo em vista não recuar frente a máxima lacaniana de alcançar a subjetividade do seu tempo. A tese central nos meios lacanianos é que o “declínio do simbólico” acarretaria um aumento da *angústia* (urgência subjetiva) e da *inibição* (desalento), em detrimento do *sintoma* neurótico – pensando na clássica tríade freudiana. Sobre isso, as autoras vão dizer que “é interessante, aliás, pensar o modo como a urgência

desafia a posição do analista, no sentido de um questionamento profundo de suas próprias formulações teóricas” (p.25), trazendo a questão da radicalidade do sujeito e do sintoma. Esse questionamento vai ao encontro da pergunta que norteia este trabalho.

Ainda sobre essas questões, as autoras resgatam as três fontes de sofrimento trazidas por Freud em “O mal-estar na civilização” para tentar explicar sobre as urgências em psicanálise, associando à questão da sociedade do contemporâneo ser regida pelo discurso capitalista,

Discurso que, enquanto produto de uma mutação do discurso do mestre, tenta fugir da regulação do gozo e das impossibilidades humanas regidas pela castração. O próprio sistema cria objetos de consumo que estariam em consonância com objetos de gozo, os quais se encarregariam de “dar conta” da subjetividade, ao criar a virtualidade da completude (Bastos & Zanotti, 2022, p.24).

Como outras possíveis explicações, Bastos e Zanotti (2022) também refletem, partindo de outros autores, sobre

um tempo em que as tradições estão em declínio e o mito do pai edípico parece perder cada vez mais a centralidade, ou seja, de uma época na qual parece não existir algo que faça barreira ao gozo e tudo se desengancha sem encontrar limites (Belaga, 2005a), sendo justo aí que o sujeito precisa, cada vez mais, dar conta de sua própria definição e afirmar-se em modos de satisfação “autônomos” (p.24-25).

Como visto, as instituições de saúde também são atravessadas pelas produções de subjetividade da sua época, e trazendo a questão da urgência, estas são frequentes nesses locais, apresentando-se sob inúmeras manifestações clínicas, a partir das quais se faz necessária a criação de dispositivos<sup>3</sup> que ofereçam um espaço para que a urgência seja subjetivada, minimizando os impactos que tem um valor traumático para o sujeito. O

---

<sup>3</sup>Trazido por Foucault (2000), este conceito foi retomado por Sotelo (2015), demarcando os atravessamentos de uma série de elementos que se associam, como a Instituição, as regras, estrutura física, discurso e lógicas predominantes, proposições filosóficas, morais, bem como aquilo que não é dito, mas que muito fala, possuindo uma função. “O dispositivo é a rede que se pode tecer entre esses elementos” (Foucault, 2000, p. 244).

dispositivo da urgência subjetiva é um desses dispositivos, utilizado como uma via de acolhimento ao sujeito que chega às instituições em grave sofrimento psíquico, dando-lhe espaço para falar sobre a sua dor e reinventar-se diante do insuportável que se apresenta, evitando a cronificação do sofrimento (Moretto, 2019). Nesses termos, de que forma a psicanálise pode intervir pela via da singularidade no ambiente hospitalar?

Para tais efeitos, neste trabalho há a proposta de discutir os pontos e questões descritas, a partir de um caso clínico construído, em que o eixo gira em torno das reflexões a respeito das inquietações provocadas pelo caso, entrecortado e em interseção com a escuta da singularidade do sujeito, descrita pelo analista, e a teoria (Iaconelli, 2020), destacando os impasses encontrados na clínica do sujeito no âmbito hospitalar, sendo possível “interrogar, reformular, distinguir ou ultrapassar o que já foi explicitado pela generalização teórica psicanalítica” (Vorcaro, 2018, p. 57). Será debatido o modo de resposta de um sujeito, que será chamado de Clay<sup>4</sup>, como saída diante do real, que frente a ele chegou na instituição pelo comportamento relacionado à morte, após mais uma tentativa de dizer não à existência, subvertendo a ordem médica, provocando um paradoxo e, por consequência, um mal-estar na equipe. As contribuições da psicanálise na área de saúde não se restringem à psiquiatria, na medida em que possibilita a orientação da clínica em hospitais gerais” (p.27). Azevedo (2016) vai trazer que

Podemos ver no hospital, de maneira clara, que o trabalho do psicanalista não pode ser outro se não o de colocar a psicanálise a serviço da clínica frente às novas apresentações do sujeito no mundo contemporâneo buscando, a partir da particularidade de cada doença – como vemos nas urgências dos hospitais –, tratar o que de singular aparece em cada sujeito adoecido. Tomar a psicanálise em sua face ampliada é colocá-la a serviço de uma clínica que possa passar do discurso médico ao discurso do sujeito, uma psicanálise aplicada no mundo, apostando no sujeito e suas saídas (p.16).

Assim, a partir dessas especificidades, outra questão que surge nesse caso e nessa

---

<sup>4</sup> Com o objetivo de preservar o sigilo e o anonimato da paciente, foi adotado nome fictício. Clay significa “mortal” ou “alguém sujeito à morte a qualquer momento”, nome escolhido por conta da sua condição de vulnerabilidade psíquica que lhe colocava em uma relação de proximidade com a morte.

clínica se refere ao tempo. Resgatando o contexto do hospital geral, a urgência médica em tratar e salvar a vida do paciente está presente em todo momento, sendo, portanto, a pressa uma categoria temporal que atravessa os cuidados em saúde e repercute diretamente nas condutas e fazer dos profissionais, questão que se mostra mais delicada ainda ao pensar no trabalho com a subjetividade, que se dirige de maneira distinta e se exige um tempo específico, diferente do que predomina.

Desta forma, mais indagações surgem: como garantir o tempo subjetivo, já que na prática do hospital o cuidado requer uma pressa para tratar o organismo? Qual seria a contribuição do referencial analítico nestas circunstâncias? Na ocasião em questão, de uma tentativa de suicídio, como operacionalizar esses atravessamentos do tempo, que afetam o atendimento?

Do caso que será trazido, essas interrogativas acima serão abordadas a partir da interlocução com a prática clínica em uma enfermaria de um hospital, destacando as especificidades da atuação e um contraponto entre a dimensão do trauma para a medicina e para a psicanálise, de modo a pensar que há diferentes perspectivas em torno do acontecimento traumático e modos de operacionalização frente a ele. A partir dos atendimentos realizados a Clay, foi possível escutar uma experiência de intensa angústia e urgência vivenciadas por ela, mas que com a oferta de uma pausa lógica, possibilitou-lhe a inscrição do acontecimento em uma narrativa.

Com a subjetivação da urgência e a aposta para o tempo de compreender, há o retorno do sujeito ao simbólico, de modo que o intervalo entre os significantes possibilita a passagem da mortificação à experiência vital (Seldes, 2006), e isso só é possível a partir da posição do analista: a de não essencializar os *semblantes* contemporâneos. O praticante da psicanálise amplia o acontecimento associado ao processo de adoecimento e ao trauma orgânico e físico, convocando uma experiência que demanda a geração de um saber por esse sujeito (Brunhari & Moretto, 2013).

Nessa perspectiva, é interessante pensar que o sujeito não encontra, em muitos casos, um espaço para falar sobre a sua dor, ficando à mercê dos procedimentos e condutas da equipe de saúde e reduzido à doença ou agravo que lhe acomete, sendo operada a lei do silêncio. O sofrimento psíquico traz o que há de singular, carrega uma demanda, demanda que extrapola o discurso médico, que tende a subtrair o que há de subjetivo. E a psicanálise, por sua vez, apropria-se disso que é excluído pela ciência e assume uma posição ética diferenciada, dando voz e espaço para o paciente poder se deslocar da posição de objeto para a de sujeito (Costa & Costa-Rosa, 2018).

Desse modo, este estudo se trata de uma pesquisa em psicanálise, de cunho qualitativo e caráter exploratório, cuja proposta de objetivo geral é discutir sobre a clínica das urgências subjetivas no contexto do hospital geral referência em urgência e emergência e trauma, tendo em vista a prática clínica orientada e conduzida pela escuta psicanalítica. Para este propósito, coloco como objetivos específicos: realizar a delimitação do tema da urgência subjetiva na teoria psicanalítica e no contexto hospitalar; discorrer sobre o dispositivo clínico institucional da urgência subjetiva e apresentar perspectivas de reflexão acerca de atendimentos realizados com sujeito em urgência subjetiva, a partir das experiências da prática clínica, através da construção de um caso clínico.

Pensando na estrutura da dissertação, proponho no primeiro capítulo uma perspectiva mais teórica, delimitando o conceito de urgência subjetiva, destacando, também, alguns conceitos fundamentais neste percurso: real, angústia, trauma e tempo lógico. Ainda no capítulo um, como subdivisão, trarei sobre o processo de subjetivação da urgência, destacando a importância da intervenção do praticante de psicanálise diante de um sujeito que vivencia um evento disruptivo, e a operacionalização da prática clínica a partir da ideia de dispositivo e a sua aplicação no hospital, expondo as especificidades do campo de atuação e os atravessamentos institucionais que podem se apresentar como desafios para o fazer psicanalítico, por se trabalhar com o tempo lógico.

O segundo capítulo também será de cunho teórico, com a discussão sobre o conceito de trauma a partir da teoria psicanalítica de Freud e Lacan, bem como de seus principais comentadores, fazendo a interlocução com o mesmo conceito sob a perspectiva da medicina e as diferenças teórico-práticas entre ambos os saberes.

E no capítulo três, será exposto a dimensão da prática clínica no hospital e seus desafios, com a proposta de trazer a dimensão empírica e a interlocução entre teoria e prática, bem como discorrer sobre os efeitos e contribuições da psicanálise na clínica das urgências no hospital geral.

Pesquisar sobre o tema e produzir mais conhecimentos são imprescindíveis e de grande valia para o cenário atual. Essas temáticas precisam estar presentes nos espaços de saúde e educação, articulados com outros setores do conhecimento, servindo de subsídio para a criação e aprimoramento de políticas públicas e novas práticas de cuidado, além de fortalecer a importância do trabalho multiprofissional nos espaços, trazendo os ganhos para a saúde com o compartilhamento e atravessamento dos diferentes saberes.

Não há, aqui, a intenção de esgotar a temática das urgências subjetivas no âmbito

do hospital geral, nem sanar as lacunas existentes no processo de construção do conhecimento. Pelo contrário, a partir desta pesquisa será possível mostrar que um determinado saber não pode ser totalizado, tendo em vista, também, o contexto hospitalar, no qual as questões subjetivas extrapolam a técnica que está à luz do rigor teórico, o que nos mostra que algo do real é impossível de ser apreendido (Almeida & Aires, 2023).

Desse modo, o presente estudo faz uma aposta nas tecnologias leves e leves-duras, propostas por Merhy (1997) nos cuidados em saúde, reafirmando o dever ético e político de valorização e reconhecimento das experiências dos sujeitos, tornando-os elementos fundamentais na construção de projetos cuidadores, singulares e humanizados, presentificando, também, o praticante da psicanálise nos espaços, trazendo para esta impasses que possibilitam estender as perspectivas clínicas, combustível para o seu próprio desenvolvimento (Almeida & Aires, 2023).

Espera-se, também, que este estudo contribua para o conhecimento acerca do dispositivo clínico-institucional da urgência subjetiva, trazendo perspectivas de reflexão, a quem de interesse for, e possibilidades de proveito para suporte à prática de profissionais que articulam o fazer com a teoria, com foco na formação permanente (Almeida & Aires, 2023).

### **1.1 Aspectos metodológicos**

Trata-se de uma pesquisa em psicanálise por trazer a interlocução entre a teoria e a prática clínica, sendo possível construir novas formas de se pensar a generalização teórica psicanalítica (Freud 1919a/1996; Vorcaro, 2018). Possui cunho qualitativo, pela imersão na esfera da subjetividade simbólica e integração entre as áreas do conhecimento no percurso de pesquisa (Minayo, 2012); e caráter exploratório, por reconhecer a complexidade e os atravessamentos em torno da pergunta de investigação e a busca da instrumentalização para se alcançar os objetivos indicados. Desse modo, foi feita a delimitação do tema proposto a partir da revisão narrativa de literatura, como também utilizado o método da construção do caso clínico a fim de articular à prática clínica no hospital e contribuir para a elucidação desta pesquisa. Este método tem como um dos principais objetivos, construir um conhecimento individualizado sobre um sujeito, evidenciando-o como dividido em seu discurso, constituído por um inconsciente que determina o seu psiquismo e que se faz presente a partir do seu sintoma. De acordo com Dias e Moretto (2017):

(...) nos hospitais gerais e nas instituições de saúde, o método da construção do caso clínico pode configurar a via para o psicanalista sustentar e transmitir a especificidade de seu modo de abordar o sofrimento do paciente e contribuir para o trabalho em equipe. Para isso, a questão diagnóstica não é o objetivo propriamente – como pediria certa lógica empresarial e produtivista que domina cada vez mais as instituições –, mas sim, uma lógica singular do sintoma, que reintroduza a dimensão do sujeito na compreensão do caso e na tomada de decisões. (Dias e Moretto, 2017, p. 12).

A fim de marcar a diferença entre a construção do caso clínico na teoria psicanalítica dos outros métodos, como o estudo de caso, por exemplo, Iaconelli (2020) pontua que o estudo de caso tem como foco a elucidação, enquanto a construção de caso busca trazer reflexões sobre os tensionamentos por ele reverberados, com constante diálogo entre a escuta do sujeito e a teoria. Neste sentido, na construção do caso clínico há a recuperação das narrativas do sujeito, que foram buscadas a partir da associação livre e escuta flutuante. Ainda nesta perspectiva, Figueiredo (2004) diz que,

(...) O caso é produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato. (...) Trata-se sim de colocar em jogo os significantes do sujeito, suas produções com base na elaboração em análise, e a resposta do analista em seu ato com os efeitos que daí advenham para cernir certos significantes numa composição mais esquemática, visando decantar a história e traçar o caso a partir do discurso. (Figueiredo, 2004, p. 79-80).

Para se construir um caso clínico, também de acordo com Figueiredo (2004), há pontos chaves que norteiam tal construção e que podem ser trabalhados em pares, o que a autora designa de binômios da construção do caso, a saber: história e caso; supervisão e construção; conceitos e distinções. Em primeiro momento, há a escrita de uma história clínica feita pelo analista, a partir da sua escuta, com dados e informações gerais do

tratamento, na qual é encontrada um ponto a ser trabalhado na construção, que diz respeito a escolha do pesquisador e que demanda a sua implicação no processo. No caso desta pesquisa, o ponto selecionado foi a temática das urgências subjetivas.

A história que foi redigida pelo analista é discutida e trabalhada em supervisão, onde é possível suturar uma nova escrita, a partir das contribuições feitas pelos outros profissionais. Com isso, a partir da continuidade dos atendimentos, as questões levantadas nas supervisões e no intervalo entre a confecção dos novos textos, que a construção do caso clínico se dá; sendo demarcado, de início, por um itinerário clínico com caráter descritivo, com os conteúdos do processo analítico, e depois com os dados e informações que tiverem interferência das questões construídas na supervisão, trazendo ao palco a questão extraída e os efeitos terapêuticos para o sujeito. Sendo assim, neste intervalo, na passagem dos elementos, há perda de dados, uma vez que o caso clínico não comporta uma compreensão total, configurando um saber não todo (Figueiredo, 2004).

No contexto hospitalar, o método de construção do caso clínico abarca as narrativas e discursos não só do paciente, como também dos familiares, da equipe de saúde e instituição, com o objetivo de obter e fornecer informações outras, para além do próprio relato e história do paciente (Fender & Moretto, 2020). A construção do caso pode possibilitar que a equipe aprenda com o paciente e atue de modo a favorecer que cada um deles construa, singularmente, um lugar no campo do Outro (Viganó, 2012). Portanto, é de suma importância demarcar para a equipe a singularidade do sujeito e do caso, proporcionando que a subjetividade se faça presente no cuidado (Dias & Moretto, 2017).

## **1.2 Procedimentos de Coleta e Análise**

O caso clínico de Clay, que será utilizado para subsidiar o âmbito empírico deste trabalho, foi acompanhado pelo pesquisador durante sua experiência profissional em um hospital geral situado na cidade de Salvador, Bahia, instituição que recebe pacientes vindos de todo o estado, e especializado em trauma, possuindo porta aberta para atendimentos de urgências e emergências. O caso foi escolhido porque apresentou urgência subjetiva e produziu mobilização na equipe de saúde, inclusive no que tange ao processo de cuidado, sendo, portanto, um caso que contempla a discussão proposta no presente trabalho. Além disso, a paciente não se encontra mais em atendimento psicológico e o caso foi escolhido após ser encerrado.

Desse modo, será realizado um estudo retrospectivo, no qual serão utilizados os registros dos atendimentos psicológicos feitos pelo profissional durante o acompanhamento com a paciente, em diário de campo, de acordo com a resolução N° 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia. A partir da análise desse material, será possível discutir os aspectos clínicos relacionados ao manejo ao paciente em condição de urgência subjetiva, bem como os seus efeitos, como também a lida e reverberações com e na equipe de saúde e no trabalho multiprofissional. Ou seja, as dificuldades que surgiram no decorrer de um tratamento, tendo como horizonte a singularidade deste caso (Vorcaro, 2018; Almeida & Aires, 2023), trazendo perspectivas de reflexão e condutas práticas.

### **1.3 Aspectos éticos**

O presente estudo será subsidiado pelos princípios éticos de pesquisas com seres humanos, atendendo a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que “dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana” (Conselho Nacional de Saúde, 2016). O respectivo documento determina que está dispensada de avaliação pelo sistema CEP/CONEP a “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (Conselho Nacional de Saúde, 2016). Desse modo, em relação aos riscos do estudo e danos ao paciente, foram criadas estratégias para minimizá-los, com apenas o pesquisador tendo acesso aos dados e registros documentais, além de ser criado nome fictício para a paciente, não expondo, em hipótese alguma, sua real identidade.

Esta pesquisa será orientada, também, pelas premissas estabelecidas no Artigo 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo, que dizem respeito à realização de estudos, pesquisas e atividades voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias; e pelas observâncias contidas na Resolução CFP nº 001/2009, que falam que registros documentais decorrentes da prestação de serviços psicológicos que não constam no prontuário, são os que possuem informações de caráter sigiloso e, portanto, não podem ser compartilhados para toda a equipe de saúde, ficando restrito ao profissional que acompanha o caso.

A dimensão ética da pesquisa em psicanálise também está como horizonte, sendo importante destacar Freud (1912) em seu texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, no qual sugere que a realização de trabalhos científicos com um determinado caso não seja feita enquanto o tratamento ainda estiver em andamento, uma vez que produzirá viés, interferindo nos resultados e no percurso do processo analítico. Em outras palavras, a pesquisa científica em psicanálise, dar-se-á após o término do tratamento com o sujeito, o que aconteceu com a pesquisa em questão.

No texto “Recomendações ao Pesquisador que Pratica a Psicanálise”, Cunha e Coelho (2015) fazem alusão ao referido escrito de Freud, trazendo pontos que norteiam e que abrem campos de reflexão para a pesquisa em psicanálise. Os autores destacam a importância da supervisão, associando com a orientação, que, na pesquisa, é de suma importância por favorecer:

(...) o estabelecimento de mediadores entre o pesquisador e seu objeto de pesquisa. São, em última instância, tais mediadores que podem fazer o pesquisador dar-se conta dos elementos transferenciais e contratransferenciais que marcam seu encontro com o campo de investigação (Cunha & Coelho, 2015).

Além disso, podem ser esperados como benefícios indiretos desta pesquisa, as contribuições para a construção de conhecimentos em saúde, bem como reflexões teóricas e práticas no que diz respeito à clínica da urgência subjetiva no hospital geral, visando o fortalecimento da prática da psicanálise nas instituições e a importância de sustentar a contra hegemonia.

Este trabalho será divulgado única e exclusivamente em meios científicos.

## 2 URGÊNCIA SUBJETIVA: UM PANORAMA GERAL

Para discorrer este capítulo e endossar a proposta de pesquisa lançada, foi feita uma revisão de literatura para elencar o estado da arte da temática da urgência subjetiva.

Foram realizadas pesquisas nas principais bases de dados e plataformas de busca, entre os meses de agosto e dezembro de 2023 e janeiro de 2024, sendo selecionados os documentos que apresentaram maior aproximação com o tema da pesquisa, sem discriminação de idioma. As buscas foram feitas nos Periódicos CAPES, Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na Biblioteca Virtual em Saúde de Psicologia (BVS Psi), utilizando o operador booleano AND e os termos “urgências subjetivas”, “psicanálise” e “hospital”. No total, foram eleitos 29 artigos. Foram adicionados aos artigos filtrados, dois livros de psicanalistas que estudam o tema e que são de referência na área (Moretto, 2019; Bastos & Zanotti, 2022), e um artigo recente, publicado depois da revisão (Almeida & Aires, 2024).

A partir da leitura das produções escolhidas, foram identificados importantes aspectos em relação ao conceito psicanalítico da urgência subjetiva e ao modo como se dá o desenvolvimento das pesquisas. Por via de regra, esses estudos apresentam discussões teóricas associadas com construções de casos clínicos, o que aponta para a interseção entre a psicanálise e a praxis (Freud 1919a/1996), utilizando, desse modo, metodologia de abordagem qualitativa para explicitar tais debates. Os contrapontos teóricos elencam conceitos fundamentais que se atravessam e se articulam, determinando a construção de uma prática e as possibilidades de manejos clínicos (Rodrigues, 2021). Angústia, trauma, real e tempo lógico, são os conceitos presentes no percurso construtivo da temática da urgência subjetiva, sendo os dois primeiros os que orientam tal tema (Berta, 2015). Somado a isso, questionamentos e construções também são feitas no que diz respeito à formulação de uma clínica da urgência em psicanálise (Calazans & Marçal, 2011; Barros & Moschen, 2014; Berta, 2015; Rodrigues, 2021).

Outro aspecto identificado foi que as publicações encontraram no campo da saúde o contexto que engendrou o surgimento das pesquisas, sobretudo as instituições públicas, com destaques para os hospitais gerais, mas também serviços de saúde mental (englobando, aí, o campo educacional), Atenção Psicossocial, unidades de urgência e emergência e de Pronto Atendimento, locais nos quais os sujeitos se deparam com condições traumáticas e deflagram intensas repercussões psíquicas em decorrência do

caráter agudo do adoecimento (Batista, et. al, 2011). Além disso, houve o destaque para produções que articulam o tema com a pandemia da COVID-19 e o acolhimento aos profissionais que trabalharam na linha de frente neste período (Abreu et al., 2020; Dias, Santos, Moreira & Riccieri, 2020; Santos, Almendra & Ribeiro, 2020; Dourado et al., 2021).

A literatura revisada mostra pesquisas feitas no Brasil, com um crescimento significativo nos últimos anos, e na Argentina, país onde a referida temática passou a ser bordejada na década de 1980, também no campo da saúde (Berta, 2015; Sotelo, 2015; Seldes, 2019), o que marca, com isso, uma discussão importante sobre a presença do praticante da psicanálise na equipe multiprofissional e as repercussões no fazer psicanalítico a partir do trabalho conjunto (Batista & Rocha, 2013; Petrilli, 2015; Calazans & Azevedo, 2016; Costa, Costa-Rosa & Amaral, 2016; Azevedo, 2018; Costa & Costa-Rosa, 2018; Andrade, 2019; Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019; Moreira & Santos, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

Desse modo, essa seção teórica será dividida em tópicos que ajudarão a entender melhor o percurso acerca da urgência subjetiva, a saber: *2.1 Urgência subjetiva: uma definição construída*. Esse tópico objetiva discutir a urgência a partir de um arcabouço teórico e a interseção com outros conceitos; a subseção seguinte, intitulada *2.2 Da urgência generalizada à urgência subjetiva: a presença como oferta*, visa discutir sobre a atuação do praticante da psicanálise diante de um sujeito que vivencia um evento traumático e a importância da pausa lógica; a subseção *2.3 A clínica das urgências subjetivas: de uma definição construída à uma prática embasada*, que discute a operacionalização da clínica das urgências a partir da ideia de dispositivo; e a última subseção, *2.4 A clínica das urgências subjetivas no contexto hospitalar*, traz a temática da urgência subjetiva no referido contexto, discussão principal proposta nesta pesquisa.

## **2.1 Urgência subjetiva: uma definição construída**

Falar da urgência subjetiva sobre a perspectiva de uma construção de uma definição, implica pensar, de antemão, que se trata de algo que não se desenrola circunscrito em si mesmo, sendo enlaçado por outros operadores teóricos que, em conjunto, possibilitam formular a sua existência. A urgência não tem estatuto conceitual e, em primeiro lugar, faz-se necessário fazer uma menção de que urgência e urgência

subjetiva não são uma coisa só, embora possuam relação direta (Lacan, 1953/1998; Batista & Rocha, 2013).

Pensar na urgência é também olhar para o sentido da própria palavra: quando se diz que uma determinada situação é urgente, aparece a ideia de que é algo que deve ser visto naquela ocasião e que não pode ser adiado (Calazans & Bastos, 2008). Com isso, embora pareçam semelhantes quanto a este aspecto, ao contrário da medicina, onde existe uma pressa para poder salvar as vidas, na psicanálise, não dá para deixar uma urgência para depois, pelo sofrimento psíquico deflagrado pelo sujeito, e a intervenção diante disso se dá por outra ordem (Azevedo, 2018). O não poder deixar para depois, na perspectiva psicanalítica, coloca em cena um cenário no qual o sujeito vivencia uma temporalidade avassaladora que lhe lança em condição de expressivo embaraço. Cordeiro e Miranda (2020) destacam que é uma temporalidade que pode ser cronificada e que o sujeito se confronta com afetos que lhe desreferencia:

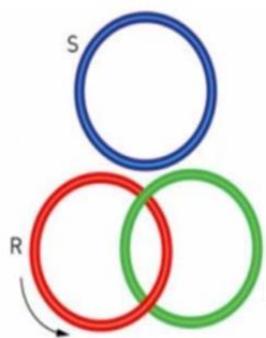
Trata-se de uma temporalidade que pode ser prolongada indefinidamente, pois o sujeito encontra-se paralisado no momento presente. Há uma interrupção do tempo e do espaço, abrindo lugar para um vazio e o surgimento de afetos como angústia e o desamparo. É como se o sujeito estivesse vivendo “fora de si” (Cordeiro & Miranda, 2020).

Corroborando com este pensamento, Seldes (2019) conceitua a urgência como aquilo que gera uma ruptura no sujeito, retirando-o do seu equilíbrio e exigindo uma reorganização psíquica. Frente a isso, podem haver inúmeras maneiras de tentar se livrar desses afetos: a inibição, o embaraço, o isolamento, o mutismo, uma passagem ao ato, um *acting-out*, bem como outras passagens abruptas ao momento de concluir (Sotelo, 2015). Isso mostra a precipitação de uma urgência e o seu caráter inadiável, por se tratar de uma fissura na cadeia significante que escapa à simbolização, acarretando em sofrimento e em mudança na vida do sujeito (Sotelo, 2015; Rodríguez et al., 2018; Seldes, 2019; Cabral, 2021; Lopes et al., 2022). Mas o que caracteriza essa irrupção? O que surge como rompante, gerando essa dimensão disruptiva? Quais são as explicações existentes?

A topologia utilizada por Lacan para tentar explicar sobre a constituição do sujeito, traz em jogo a paridade entre os registros real, simbólico e imaginário, e aponta o *sinthoma* como o quarto elo, cuja função é enlaçar os três registros e oferecer uma

sustentação singular ao sujeito, (Lacan, 1975-1976/2007). Rodrigues (2021) traz que a urgência se instala quando há, por alguma razão, um desenlace nos registros RSI, fazendo com que o sujeito se depare com algo que escapa à simbolização. Nesse sentido, a precipitação de uma urgência, com seu caráter disruptivo, provoca um rompimento na cadeia significante, deixando o registro do simbólico solto. Em paralelo, há um transbordamento do real sobre o imaginário, causando uma vivência de angústia e uma inscrição no corpo de algo que não se dá para simbolizar (Lacan, 1975/1998; Almeida & Aires, 2023):

**Figura 1. Transbordamento do real sobre o imaginário, ficando o simbólico solto**



Fonte: CAPANEMA (2018)

Cabral (2021), em seu trabalho, chama a atenção para o fato de que não há só uma urgência, e sim urgências, no plural. Essa questão é destacada justamente pensando na perspectiva de que há vários sujeitos, logo, também há várias urgências, e o motivo pelo qual a irrupção se manifesta é sempre singular. Uma parte da revisão feita mostra que quando o sujeito está em urgência, ele vivencia angústia, e essa angústia gera um efeito de embaraço, podendo várias saídas para ela (Calazans & Marçal, 2011; Rodrigues, 2012; Sotelo, 2015; Almeida & Aires, 2024).

A angústia, na revisão realizada, aparece como marca da urgência e como algo que desconfigura a homeostase psíquica, sendo as passagens ao ato as formas frequentemente utilizadas na lida com o mal estar (Rodrigues, 2012; Rodrigues & Muñoz, 2020). Essa passagem para o momento de concluir mostra o transbordamento de algo que, no momento, não se simboliza:

Numa vivência de angústia, o sujeito perde sua posição diante do outro; algo cai, deflagrando um real impossível de ser simbolizado. Esse momento, que localizamos no campo da urgência, consiste num avanço do Real sobre o Imaginário, produzindo angústia. A angústia, como já dissemos, é um afeto que não engana, que toca o corpo (Calazans & Azevedo, 2016, p. 58).

Pode-se pensar, didaticamente falando, que a angústia é um produto da urgência e que, ao mesmo tempo, denota algo familiar ao sujeito, de modo que se configura como um afeto que aponta para a singularidade, e, portanto, desempenha uma função norteadora no manejo clínico (Barros & Moschen, 2014; Calazans & Azevedo, 2016).

Sobre isso, Barros e Moschen (2014) chamam a atenção para a dimensão ética da angústia e demarcam a ambivalência dos seus efeitos na urgência: ao passo que é uma afeto que desarticula o simbólico e afeta o sujeito, “a urgência mais radical poderia ser aquela quando não há mais sinais da presença da angústia. Nesse caso, o homem desafetado estaria ainda mais sozinho com seu mal-estar, sem sequer poder comunicá-lo” (Barros & Moschen, 2014, p. 161). É possível associar, nessa situação, que se trata de uma operação da ordem do desalento, apontada por Birman (2019), em um outro contexto. Por mais contraditório que se pareça, a angústia diz sobre a possibilidade de criação de contornos para esta vivência, enquanto que a sua supressão escancara uma condição mais severa.

Articulado com a angústia, o trauma também é uma conceito que marca a precipitação da urgência (Calazans & Marçal, 2011; Marcos & D’Alessandro, 2012; Rodrigues, 2012; Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012; Barros & Moschen, 2014; Berta, 2015; Petrilli, 2015; Calazans & Azevedo, 2016; Malajovich et al., 2017; Azevedo, 2018; Costa & Costa-Rosa, 2018; Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019; Abreu et al, 2020; Rodrigues & Muñoz, 2020, Rodrigues, 2021; Almeida & Aires, 2024). Ao trazer sobre a dimensão do trauma, Berta (2015) assinala que este não necessariamente expressa uma gravidade, mas sim algo que revela uma condição que é estrangeira e incompreensível para o sujeito, podendo se manifestar a partir de uma minúcia e/ou de algo estrondoso. A autora mostra, ainda, que a partir dessa condição fora de sentido do trauma é que pode surgir a urgência, marcando uma interseção entre ambos. Já Batista e Rocha (2013), também em consonância com a autora, trazem o traumático como a queda

de uma cena em virtude de estímulos externos que perfuram a barreira protetora do aparelho psíquico, cuja proteção permite ao sujeito ficar em condição de equilíbrio.

Como foi visto, embora os conceitos de urgência, angústia e trauma se articulem e obtenham ponto de encontro, são aspectos diferentes e que abrem margem para discussão sobre o estatuto que cada um carrega. Berta (2015) defende que a urgência é uma resposta ao traumático, mas este último não é a causa e sim um acontecimento. Já na pesquisa desenvolvida por Lopes et al. (2022), os autores destacam a ideia de urgência associada ao de crise, e descrevem este conceito da seguinte maneira:

A crise é o mais próximo do que poderíamos identificar como urgência. A crise pode ser compreendida como um estado de perturbação que ocorre quando o sujeito é exposto a um insuperável problema para seus modos habituais de solução. A situação de crise pode decorrer de uma perda, de um evento ou de algo que caracterize uma ruptura, o que exige do sujeito uma inédita tomada de posição na vida. Trata-se da invasão de uma experiência de paralisação da continuidade do processo da vida, deixando-o em momentos de inércia (p. 70).

Essa invasão de uma experiência, traz uma fragmentação temporal – um antes e um depois –, podendo-se pensar que nesse hiato pode haver a presença da angústia e do trauma. A crise, portanto, deflagra essa vivência experienciada pelo sujeito, que escancara o real em jogo, aquilo que resiste à simbolização (Cordeiro & Miranda, 2020; Seldes, 2019; Berta, 2015; Sotelo, 2015; Calazans & Bastos, 2008).

A definição de urgência, portanto, puxa outros operadores teóricos que, em conjunto, formulam uma condição que é cara ao sujeito, e que demanda certa prontidão interventiva. Apesar do que já foi escrito, os estudos mostram que quando ocorre a precipitação, a urgência ainda não é subjetiva e sim generalizada, e essa urgência exige de cada sujeito uma apropriação subjetiva, apropriação esta desenvolvida pela via da fala e construção de uma narrativa (Cabral 2021; Batista & Rocha, 2013; Calazans & Bastos, 2008). Este aspecto será trazido na seção seguinte, na qual será discutido sobre a função da presença do praticante da psicanálise frente uma condição em que o sujeito vivencia uma experiência de urgência.

## 2.2 Da urgência generalizada à urgência subjetiva: a presença como oferta

“Toda dor pode ser suportada se sobre ela  
puder ser contada uma história”  
(Hannah Arendt).

Na seção anterior foi visto que a urgência sob a perspectiva psicanalítica implica um furo, uma fissura na cadeia significativa, o que acarreta no encontro do sujeito com o novo, com o inesperado e com o insuportável, atravessando um acontecimento traumático e vivenciando afetos como a angústia, o que configura uma condição que não deve ser deixada para depois (Calazans & Bastos, 2008; Berta, 2015; Seldes, 2019; Rodrigues & Muñoz, 2020). Os estudos também mostram que quando ocorre a precipitação, a urgência ainda não é subjetiva e sim generalizada (Calazans & Bastos, 2008; Batista & Rocha, 2013). Desse modo, o que faz sair da generalização? Como se dá essa passagem?

Os autores discorrem em suas pesquisas que a urgência generalizada só pode ser considerada urgência subjetiva a partir do momento em que há o acolhimento do psicanalista, quando, através de uma pausa, há a oferta de uma escuta, possibilitando localizar o traço singular da urgência em torno de alguns significantes trazidos pelo sujeito (Calazans & Bastos, 2008; Batista & Rocha, 2013; Seldes, 2019). Bastos e Zanotti (2022) afirmam que “pensar na urgência subjetiva, por sua vez, leva em consideração um endereçamento (...) quando ela é endereçada a alguém que a escute” (p. 25).

Berta (2015) traz algo muito precioso em torno dessa questão, que é sobre a importância de desmembrar a urgência e não retirá-la, uma vez que é a partir do deslizamento dos significantes que é possível localizar pontos que direcionam para a divisão do sujeito: “em cada urgência terá de ressoar, consoar, dis-oar, *dit-soar*. Fazer passar o singular de cada urgência ao plano da fala é uma orientação para o que terá de fazer operar o analista ao acolher alguém que está urgido por um dizer” (Berta, 2015, p. 100). Divergindo sobre este aspecto, Barboza et al. (2019), em um estudo sobre a urgência subjetiva em uma Emergência Obstétrica de Alto Risco, falam que diante desse cenário há o objetivo de favorecer a retirada da angústia, sendo este, um dos efeitos da intervenção clínica.

Ao longo da revisão de literatura, foi identificado que a urgência demarca uma condição em que o sujeito não situa um lugar no Outro (Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012; Calazans & Azevedo, 2016; Azevedo, 2018; Andrade, 2019), ao passo que é justamente no campo da alteridade onde a subjetivação da urgência pode acontecer,

possibilitando o sujeito a fazer a transição de uma dor encapsulada a uma mensagem associada ao outro (Sotelo, 2015; Almeida & Aires 2023; Almeida & Aires, 2024). Em direção a essa lógica, Moretto (2019) aponta que a dimensão traumática se mostra mais perigosa quando não há um reconhecimento no campo do outro, podendo ocasionar repercussões irreversíveis:

(..) o traumático não está tanto na natureza do acontecimento, mas no fato de a experiência não ter lugar no campo da alteridade: traumática é, portanto, a experiência que, não reconhecida, produz um sujeito invisível ao outro por meio da indiferença (...) transformando o que antes era o indizível da dor em experiência inaudível no campo da alteridade. (p.62).

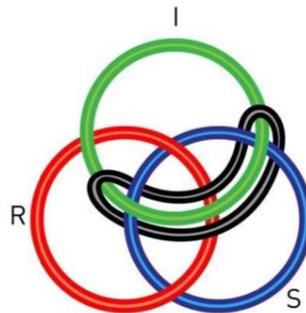
Diante disso, nota-se que é de suma importância ofertar e sustentar a presença diante do sofrimento, como uma oferta de endereçamento, para que o sujeito emergja pela via dos restos significantes e dos restos que não passam pelo significante (Barros, 2013). Nesta perspectiva, Moreira e Santos (2019) mostram que é possível pensar que a transição da urgência generalizada para a sua subjetivação, pode se constituir em articulação com o desejo do analista, cuja função também é assumir o lugar de provocação, para que trocas simbólicas ocorram e o sujeito possa formular uma questão sobre si:

Para isso, é preciso identificar o impasse subjetivo, a divisão do sujeito e as manifestações inconscientes (...). Ou seja, identificar na escuta o que foge à lógica, à comunicação, à linguagem compartilhada, tal como os lapsos, os trocadilhos e os atos falhos (p. 138).

Sendo assim, diante da pressa e do traço inadiável de uma urgência, é possível ser criada uma abertura para favorecer a diluição do rompante que gerou um desamparo simbólico no sujeito e algo novo possa surgir, dando o estatuto de uma urgência subjetivada (Batista & Rocha, 2013; Berta, 2015; Moreira e Santos, 2019; Seldes, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024). O desamparo simbólico instaurado na urgência também possibilita, pela aposta na palavra, contornos singulares que enlaçam os registros RSI, sendo possível pensar na questão do

*sinthoma*, o quarto elo, uma vez que, de acordo com Capanema (2018), “o quarto elo do nó é uma investigação singular de cada ser falante” (p. 20).

**Figura 2. Enodamento RSI com o quarto elo, o *sinthoma***



Fonte: CAPANEMA (2018)

Mas a partir do quê se possibilita esta abertura? E como tentar garantir a sua existência, uma vez que, em muitos casos, o caráter agudo da urgência gera impasses nas condutas?

Assim como na medicina, na psicanálise, como já foi visto, também há o ato de intervir de uma forma imediata diante da urgência, só que a partir de uma pausa lógica; e é justamente se utilizando desta pausa, que o psicanalista dá a possibilidade de emergir o sujeito na urgência (Sotelo, 2015; Azevedo, 2018; Almeida & Aires 2023; Almeida & Aires, 2024). Pensar nesse tempo lógico quando se fala em urgência subjetiva, traz à cena a distinção entre ruptura da cadeia significante, que implica em um efeito de mortificação no sujeito, e intervalo entre significantes, cuja finalidade é oportunizar que esse sujeito possa vir a se representar pela via do significante (Almeida & Aires, 2023).

Desse modo, no prisma da psicanálise, há a oferta de uma pausa lógica e espaço para a palavra, respeitando o tempo do sujeito e fazendo-o aparecer, reintegrando-o na cadeia significante, uma vez que foi produzido um intervalo entre eles. O conceito de tempo lógico, a partir do qual a urgência subjetiva opera, é um tempo que diverge do cronológico e que está diretamente associado ao inconsciente. Sobre isso, as pesquisas vêm mostrando que este recurso psicanalítico apresenta três nuances: instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir.

Lacan ao fazer uma análise sobre o inconsciente, vai apontar que “Ontologicamente, então, o inconsciente é o evasivo - mas conseguimos cercá-lo numa

estrutura, uma estrutura temporal, da qual se pode dizer que jamais foi articulada, até agora, como tal” (Lacan, 1964/2008, p. 39). O inconsciente já tinha sido constatado como atemporal, todavia o sujeito do inconsciente, não. Daí que surge a questão dos tempos lógicos, os tempos do sujeito como resposta ao modo de se relacionar com a sua divisão subjetiva (Moura, 2017):

(...) os tempos lógicos fazem prevalecer a estrutura temporal e não a espacial do processo lógico, onde o sujeito transformou combinações possíveis em três tempos de possibilidade ao captar, na modulação do tempo, a absorção e reabsorção que estabelece a sucessão e sua gênese no movimento lógico. É através dessa modulação que o sujeito pode, como nos mostra Lacan, chegar à asserção sobre si e concluir o movimento que o precipita para um juízo e para o ato de sua saída (Moura, 2017, p. 451).

Sendo assim, o instante de ver diz respeito à precipitação, ao encontro do sujeito com algo da ordem do inédito - é quando a angústia emerge. O tempo de compreender aponta para uma abertura que favorece a elaboração psíquica dos conteúdos mobilizados pelo encontro com a contingência, que seria o processo de tratamento analítico; e o momento de concluir, que configura uma resposta singular do sujeito diante de um embaraço (Berta, 2015; Sotelo, 2015; Andrade, 2019; Seldes, 2019; Cabral, 2021; Almeida & Aires, 2024).

A questão do tempo lógico também foi um aspecto que apareceu na revisão realizada, aspecto este que se faz imprescindível quando se fala em urgência subjetiva, uma vez que, a partir dele, o analista opera seu tratamento, possibilitando que o sujeito, entre os polos do instante de ver e momento de concluir, seja favorecido com o tempo de compreender, implicando em um processo de elaboração psíquica da vivência (Calazans & Marçal, 2011; Barros & Moschen, 2014; Calazans & Azevedo, 2016; Azevedo, 2018).

A partir dessa pausa lógica é possível fazer a distinção entre ruptura da cadeia significante, que tem como efeitos a mortificação do sujeito e a impossibilidade de representação, e intervalo entre significantes, cujo efeito é viabilizar a este sujeito, a partir da sua divisão subjetiva, a representação pelo significante (Seldes, 2019; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024). Berta, 2015 traz, portanto, que

A urgência subjetiva requer, como ponto de partida, a colocação em cena da histerização do discurso. Será preciso poder saber-se dividido por uma questão íntima e que nos intima para incluir, no nível do Outro, o enigma a ser respondido. (...) a cada urgência subjetiva deve abrir-se a dimensão da fala para visar a um saber. No entanto, isso será possível se, do sem sentido que a urgência subjetiva aponta, trabalha-se com o sentido que possibilite historizar, localizar o sujeito em sua questão (p.104).

Esses pontos são de suma importância na temática das urgências subjetivas e trazem um ponto de encontro fundamental, uma vez que, conforme descrito anteriormente, as repercussões no sujeito que vivencia um sofrimento psíquico a partir de uma degradação temporal e vacilação dos recursos simbólicos, pode levá-lo a uma passagem abrupta ao momento de concluir, justamente por não ter existido o tempo de compreender, sendo necessária uma pausa lógica que possibilite um outro escape pela via da palavra, uma abertura para possibilitar diluir aquele rompante que gerou um desamparo simbólico no sujeito e o deixou aprisionado ao instante de ver ou o lançou para a pressa em concluir (Sotelo, 2015; Seldes, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

Fica evidente a importância da alteridade em um contexto de urgência, diante do qual se faz necessário sustentar a presença como oferta de endereçamento do sofrimento experienciado pelo sujeito. Na abertura para o tempo de compreender, o corpo, a presença do analista, representa, também, um testemunho de uma dor, atribuindo um lugar àquilo que estava acometendo o sujeito (Moretto, 2019).

Desse modo, por que um sujeito em urgência precisa ser escutado? Pode-se elencar pelo menos três pontos sobre o caráter inadiável da urgência na perspectiva da psicanálise, e a importância do processo de subjetivação: 1. Possibilitar o sujeito a fazer a transição de uma dor solipsista a uma abertura no campo do outro; 2. Prevenir e evitar a conclusão precipitada, conclusão esta que pode trazer um risco à vida do sujeito, pensando nas passagens ao ato, por exemplo; 3. Sem a oferta da pausa lógica, sem o sujeito ser escutado, pode implicar na cronificação do sofrimento e em sequelas psíquicas irreversíveis (Barros & Moschen, 2014; Moretto, 2019; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

Para isso, no processo de subjetivação de uma urgência, o conhecimento e apropriação sobre esses aspectos são fundamentais ao analista, uma vez que, sem isso, não é possível desenvolver um fazer ético ancorado na clínica. Atuar eticamente diante da urgência é estar advertido de que o fazer está subsidiado pela clínica, aspecto que será discutido no próximo tópico.

### **2.3 A clínica das urgências subjetivas: de uma definição construída à uma prática embasada**

O título escolhido para esta seção foi inspirado na pesquisa bibliográfica feita por Rodrigues (2021), na qual o autor trouxe reflexões acerca da formação do analista no âmbito das urgências subjetivas. Ele partiu do construto de “que não se trata de uma formação de analista para uma especialidade e nem específica, pois a formação é em psicanálise” (p.96).

O percurso de formação do analista começa com sua análise pessoal, como também a partir de estudos de temas que geralmente lhe fizeram uma questão. É um trabalho singular, e o analista não sai com título de capacitação e habilitação para atuar como tal, é um percurso permanente e que também está relacionado com seu desejo. Para as urgências subjetivas, também não há uma formação específica, mas algo do desejo do analista para a aproximação dessa clínica pode se dá, tanto por uma experiência pessoal de urgência, quanto por um querer saber mais e aprimorar a prática clínica, sendo importante o trabalho, em análise, das suas próprias urgências (Rodrigues, 2021).

Este ponto é fundamental para refletir o porquê de se falar clínica das urgências e clínica das urgências subjetivas: uma vez que a psicanálise é pautada na clínica do sujeito do inconsciente, “a clínica da urgência é uma clínica do sujeito atravessada pela urgência subjetiva” (p.96). Logo, para qualquer circunstância em que se for atuar sob a ética da psicanálise, o fazer será clínico. Sobre isso, Bastos e Zanotti (2022) apontam que:

Pensar na urgência subjetiva, por sua vez, leva em consideração um endereçamento. A urgência só se torna subjetiva, quando ela é endereçada a alguém que a escute, como um psicanalista, vale dizer, quando um outro se interpõe e se propõe a ouvir a radicalidade do que é um sujeito em sua angústia e do real de que ela se faz sinal. Por isso, fala-se de uma clínica da urgência

subjetiva, uma vez que o urgente se encontra na alçada de um ato analítico (p. 25).

Rodrigues (2021) também destacou o ponto de encontro entre a construção de um conceito e o percurso de uma prática; desse modo, se a temática da urgência é lida a partir de um alicerce teórico, a forma como ela é tratada demanda manejos clínicos específicos.

Pensar na clínica das urgências, ajuda a entendê-la na sua concepção enquanto dispositivo, aspecto que serve como uma espécie de guia no manejo clínico, como algo que aponta para a ideia de metodologia, de fazer operar o trabalho, e que aparece de maneira frequente nos estudos contemporâneos (Calazans & Bastos, 2008; Calazans & Marçal, 2011; Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012; Sotelo, Fazio & Miari, 2014; Sotelo, 2015; Malajovich et al., 2017; Costa & Costa-Rosa, 2018; Fazio & Sotelo, 2018; Rodríguez et al., 2018; Seldes, 2019; Abreu et al., 2020; Cordeiro & Miranda, 2020; Santos, Almendra & Ribeiro, 2020; Costa & Costa-Rosa, 2021; Lopes et al., 2022; Mendes, 2022; ; Almeida & Aires, 2024).

Também se utilizando do recurso da origem e evolução da palavra, Sotelo (2015) destaca que dispositivo vem do latim *dispositus*, que tem a ver com disposto, disposto a, que tem a ver com algo que possui uma finalidade. Sendo assim, a autora vai pensar o dispositivo como um método criado para alcançar um objetivo a partir de ações que visam um resultado específico e comensurável. E ao lançar essa proposição para a clínica da urgência, ela faz a associação com o dispositivo analítico formado pela associação livre e transferência, sublinhando que a urgência subjetiva enquanto dispositivo é subsidiada pelos operadores conceituais e ética da psicanálise, e busca emergir o sujeito diante de um embaraço (Sotelo, 2015).

Sendo assim, este dispositivo visa escutar o sujeito em crise, dando-lhe espaço para que a partir da fala e do encontro com o analista, possa capturar o motivo pelo qual a angústia se fez presente. Esta experiência psicanalítica não visa excluir o sofrimento, porém possibilita uma forma de contorná-lo, atribuindo-lhe um sentido e possibilitando o encontro com novas formas de existir e de se relacionar com o outro (Batista & Rocha, 2013; Costa & Costa-Rosa, 2018; Cordeiro & Miranda, 2020). Para Calazans e Bastos (2008) trata-se de um dispositivo que aposta no recurso da fala/escuta e na ética psicanalítica e apresenta grande efetividade na prática clínica:

(...) um dispositivo de acolhimento aos sujeitos em crise. (...) consiste, inicialmente, em acolher a criança, adolescente ou

adulto e extrair, através de uma escuta diferenciada, aquilo que permaneceu em estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito ou, em alguns casos, o que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra. (...) Esse dispositivo sustenta a aposta no compromisso do sujeito com seu padecimento, isto é, a aposta de que a palavra do paciente, produza enigmas que suscitem demanda para a continuidade do tratamento (Calazans & Bastos, 2008, p. 641).

Esse ponto é muito importante para o entendimento do percurso teórico do tema, uma vez que compreender que a partir de uma urgência generalizada é que a psicanálise pode intervir, gera abertura para o surgimento da urgência subjetiva e sua função de alteridade, diante da qual é criada uma abertura para possibilitar diluir aquele rompante que gerou um desamparo simbólico no sujeito (Cordeiro & Miranda, 2020). E a criação de um dispositivo para a clínica da urgência, mesmo que não seja um dispositivo analítico clássico e que não esgote as urgências econômicas, sociais e médicas, implica um fazer ético que assegura o lugar do sujeito e o localiza como sujeito do desejo e de direitos (Calazans & Bastos, 2008; Sotelo, 2015; Moretto, 2019).

Conforme assegurado por Sotelo (2015), as urgências se presentificam nas variadas formas de manifestações clínicas, sendo cada vez mais necessária a criação de dispositivos que dêem espaço para a subjetivação da angústia, e as instituições de saúde são os locais onde a utilização do dispositivo da urgência subjetiva tem sido mais frequente, sobretudo nos hospitais (Batista & Rocha, 2013; Petrilli, 2015; Calazans & Azevedo, 2016; Costa, Costa-Rosa & Amaral, 2016; Azevedo, 2018; Costa & Costa-Rosa, 2018; Andrade, 2019; Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019; Moreira & Santos, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

#### **2.4 A clínica das urgências subjetivas no contexto hospitalar**

A revisão de literatura feita mostra que um dos marcos sobre o início das discussões sobre a clínica das urgências subjetivas vem a partir de vivências práticas no contexto hospitalar. Um exemplo é o livro de Marisa Decat de Moura, “Psicanálise e Hospital”. A autora trouxe reflexões sobre as possibilidades clínicas a partir de uma ética

que diverge da lógica do hospital.

Depois disso, muitas pesquisas também vêm discutindo a temática sob esta perspectiva, sendo observados os impasses do fazer psicanalítico associados aos atravessamentos institucionais e trabalho em equipe, com a construção do caso clínico a metodologia comumente utilizada para discutir tais questões (Batista & Rocha, 2013; Petrilli, 2015; Calazans & Azevedo, 2016; Costa, Costa-Rosa & Amaral, 2016; Azevedo, 2018; Costa & Costa-Rosa, 2018; Andrade, 2019; Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019; Moreira & Santos, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

Isso mostra que a complexidade que gira em torno do processo saúde-doença tem gerado um movimento positivo de cada vez mais aproximar o sujeito ao cuidado, tendo em vista que são vidas com histórias e sentimentos que estão em jogo, e não um corpo cru destituído de subjetividade. Com isso, a utilização e o aprimoramento de técnicas e dispositivos em saúde que contemplem as especificidades que giram em torno das demandas de sofrimento psíquico que aparecem no hospital tem sido cada vez mais necessárias (Calazans & Bastos, 2008; Sotelo, 2015).

As pesquisas também mostram que o conceito de urgência na perspectiva da psicanálise no âmbito hospitalar está relacionado ao desamparo simbólico que o sujeito vivencia diante de determinado acontecimento que afeta o corpo, geralmente de caráter agudo (Calazans & Azevedo, 2016; Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024). A mudança repentina que acontece com o corpo quando o paciente adoecer e é hospitalizado, pode desencadear no contato com uma situação traumática, na qual não há palavras para simbolizar e dar nome ao insuportável que se presentifica (Azevedo, 2018; Costa & Costa-Rosa, 2018).

O trabalho com a urgência subjetiva no âmbito hospitalar busca abrir possibilidades do sujeito fazer novas construções subjetivas frente a um desamparo simbólico, a partir do tempo lógico. É necessário “acolher a pressa, mas sem se deixar precipitar por ela, instaurando uma prática de testemunho que promove uma abertura subjetiva, transformando a urgência” (Malajovich et al., 2017, p. 362). Calazans e Azevedo, 2016 extraem que

Se para a psicanálise o tempo se apresenta diferente do tempo cronológico, tomando, assim, a dimensão lógica do tempo do

sujeito, a pressa, a urgência e o tempo tornam-se importantes para se pensar a prática clínica do psicanalista na instituição hospitalar, em que o tempo se torna significativo operador clínico do analista diante da possibilidade de dar um contorno à angústia a partir da palavra. (p. 60)

Cordeiro e Miranda (2020) trazem sobre a questão do adoecimento do corpo e como tal adoecimento aponta para uma repercussão psíquica: “a realidade do adoecimento do corpo pode ser uma via de acesso para se perceber, a partir dele, a existência de uma realidade psíquica que se movimenta para suportar o possível aniquilamento do corpo” (p. 135). Esse adoecimento do corpo também traz consigo o sofrimento psíquico, revelando, mais uma vez, a relação dialética entre o orgânico e o mental.

Frente a isso, Costa e Costa-Rosa (2018) trazem que a partir desse encontro com o real impossível de simbolizar, a intervenção do analista também visa o deslocamento do sujeito da posição de objeto. Azevedo (2018) também contribui destacando que

O psicanalista precisa trabalhar, portanto, para que nesse encontro com a pedra no caminho, com o real, o sujeito possa inventar uma saída singular que lhe possibilite caminhar. A dimensão do tempo na urgência se mostra, então, necessária, pois, diante do encontro desvelado com o real do corpo – como podemos ver na clínica do hospital – sem as amarrações simbólicas e imaginárias, passamos da urgência de um corpo adoecido por sua ferida para uma urgência subjetiva, um sujeito adoecido em sua palavra (p. 209).

No contexto hospitalar, a subjetividade gera impasses frente ao fazer subsidiado pela ordem médica, e uma das estratégias utilizadas é a tentativa de retirá-la. Os aspectos subjetivos neste âmbito quase sempre aparecem como algo que atrapalham ou impedem a continuidade harmônica dos procedimentos e propostas terapêuticas, sendo acionada a intervenção do praticante da psicanálise para excluir ou consertar aquilo que é difícil de manejar, em outras palavras, quando o discurso hegemônico fracassa (Moretto, 2019). Com isso, o sujeito não encontra, em muitos casos, um espaço para falar da sua dor, e sua não ganha espaço espaço no campo da alteridade (Batista & Rocha, 2013; Azevedo, 2018;

Andrade, 2019; Moretto, 2019; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

Na instituição hospitalar, diante da urgência que o sujeito se depara, entra em contato com a finitude e pode gerar um ato de precipitação. O analista, neste ambiente, ocupa a função de receptor da palavra, diante da qual o sujeito possa encontrar sua representatividade. Sobre isso, Moretto (2019) também contribui, assinalando que

Especialmente nas situações-limite em que o sujeito perde a familiaridade com o seu corpo, constatamos, em ato, como o psicanalista, ao oferecer-se como presença, ao acolher o impacto das forças pulsionais que circulam em seu corpo, constitui-se, assim, como esse Outro por meio do qual é possível ao paciente recuperar um corpo de linguagem, capaz de nomear sensações, favorecendo o resgate de sua identidade por meio da reconstrução desse corpo fragmentado pela doença (Moretto, 2019, p. 61).

Em situação de crise e urgência, onde para o sujeito não existem palavras, a lógica utilizada é a mesma, no sentido de transformar essa urgência, fazendo com que o sujeito emerja e encontre outra saída, a partir do encontro analítico, apontando para um trabalho alteritário (Calazans & Bastos, 2008; Moretto, 2019).

No espaço do hospital o mal-estar está sempre presente, sempre há algo do âmbito singular que não para de pulsar, de ganhar corpo, uma vez que a linguagem nos atravessa, e onde há linguagem, há também seus efeitos, dentre os quais aqueles do sujeito inconsciente (Azevedo, 2018). Essa autora contribui mais sobre a psicanálise no hospital, dando destaque ao hospital geral, sublinhando que:

Embora a Psicanálise tenha encontrado no hospital geral uma possibilidade de trabalho, encontramos-nos muito distantes do discurso que ali opera de forma imperativa. Nossa posição e nosso discurso não estão amparados no discurso médico ou do mestre, não sendo, portanto, o de compreender ou de curar. Buscamos ocupar um lugar que acolha a contingência, o imprevisto, as surpresas, o encontro com o real, possibilitando, assim, a abertura de um tempo de compreender que possa ser marcado pela possibilidade de um instante de ver e um momento de concluir *a*

*posteriori* (Azevedo, 2018, p. 214).

A experiência da clínica do sujeito no hospital abre a possibilidade de reflexão a respeito da realidade do corpo adoecido, que uma vez afetado por uma patologia ou acidente, traz à tona uma demanda psíquica que se revela como uma resposta frente àquilo que foi aniquilado e que teve seu funcionamento homeostático interrompido. O sujeito, neste contexto, também vivencia um trauma, diante do qual as palavras faltam e a inserção de tal experiência em uma narrativa fica impedida (Berta, 2015, Seldes, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Rodrigues & Muñoz, 2020). E o analista, com sua presença, possibilitará que a experiência traumática para o sujeito tenha lugar no campo da alteridade, oferecendo um espaço para a palavra (Azevedo, 2018; Moretto, 2019; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024). Lacan (1986) descreve sobre o analista enquanto causa de desejo, fazendo emergir o desejo do analisante, assumindo, assim, uma posição ética. Rodrigues (2021), aponta que “o analista será um objeto de sua análise, um desejo, uma função que opera em ato, ou seja, para que o analista opere em ato na Clínica da Urgência faz parte se articular com sua própria urgência” (Rodrigues, 2021, p. 99).

A clínica das urgências no contexto da saúde, que inclui aí o hospital, também traz questões muito importantes, que é a da inserção dos praticantes da psicanálise e analistas nas equipes multiprofissionais, bem como os desafios e impasses associados a esta atuação. Tal inserção tem provocado um movimento de inclusão da subjetividade nos processos de cuidado, por meio dos efeitos de transmissão: no percurso do analista no trabalho multidisciplinar, a transferência de trabalho pode apontar para o surgimento de algo novo nas trocas simbólicas, tendo, com isso, o objetivo não de “psicanalisar” a instituição ou os membros da equipe, mas de destacar o lugar do sujeito e localizá-lo como sujeito que tem direito à subjetividade, condição chave do processo de humanização, podendo-se pensar como importante contribuição da psicanálise em sua interlocução e compartilhamento com diferentes saberes (Barboza et al., 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Costa & Costa-Rosa, 2021).

No capítulo seguinte, será discutida a dimensão traumática na experiência de urgência subjetiva, fazendo a interlocução entre o conceito de trauma pelas perspectivas médica e psicanalítica.

### 3 URGÊNCIA SUBJETIVA E TRAUMA: UMA CLÍNICA DE TEMPOS

A literatura revisada apontou para uma relação direta entre urgência subjetiva e trauma, sendo este último um dos operadores teórico-clínicos que se articula com a temática da urgência. A urgência traz à tona uma condição clínica na qual o sujeito fica desamparado simbolicamente, justamente por se confrontar com uma contingência que tem valor traumático e que escapa à representação. Há uma interrupção do tempo, um antes e um depois, uma vivência de uma temporalidade avassaladora (Seldes, 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Rodrigues & Muñoz, 2020). Nesta perspectiva, o trauma traz um excesso e uma ruptura para o sujeito, demonstrando dois tempos: (1) um que antes era contornado pelo simbólico, e um outro, (2) dominado pelo real do acontecimento (Miller, 2008), sendo possível perceber que os conceitos de trauma e real também possuem articulação direta.

Em uma pesquisa realizada por Guzmán e Derzi (2021), na qual os autores fizeram uma análise a respeito do conceito de trauma, foi destacado três períodos importantes relacionados ao processo de elaboração do referido conceito feito por Lacan, a partir da releitura das obras Freudianas: 1) “o trauma articulado enquanto estrutural e diante da opacidade do desejo do Outro; 2) o trauma como um esbarrão no real impossível de nomear e 3) a linguagem como o verdadeiro trauma e o trauma como gozo” (p.3). No caso da clínica das urgências subjetivas, pode-se pensar na dimensão do trauma a partir do segundo período, do encontro com o real que desarranja a homeostase significativa (Rudge, 2009):

O esbarrão com o real (...) desarranja a homeostase significativa, tem a importante função de romper com uma situação na qual o eu se reconhecia. Como tal, o acidente traumático é algo que impulsiona para a mudança, porque a desestruturação que promove na tessitura simbólica e imaginária do eu empurra o sujeito para um novo arranjo em que a construção de uma narrativa tem um papel fundamental (p. 66).

Medeiros e Fortes (2020) também vão contribuir trazendo que “então, a aproximação entre real e trauma permite entrever a dimensão daquilo que se impõe a cada sujeito falante, que escapa da rede significativa, mas a que apenas podemos ter acesso pelas coordenadas subjetivas próprias” (p.145). Portanto, é nesse novo arranjo instaurado

para o sujeito, nesse segundo tempo dominado pelo real do acontecimento, que o praticante da psicanálise irá intervir com a aposta na palavra e na construção de uma narrativa pela via dos significantes (Azevedo, 2018; Seldes, 2019; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

Frente a isso, pensando no contexto proposto nesta pesquisa, um hospital de trauma, como se dá essa dimensão do traumático e como articular a prática, uma vez que há em jogo um mesmo termo que se desmembra em perspectivas que se divergem, implicando, também, em um determinado modo de fazer? Diante deste questionamento, será trazido, na subseção que segue, um breve percurso do conceito de trauma à luz da psicanálise, e as diferenças e relação com a perspectiva médica.

A construção da referida subseção foi inspirada no trabalho realizado por Guzmán e Derzi (2021), no qual foi feita uma varredura do conceito de trauma ao longo das obras de Freud e Lacan e discutido sobre a importância deste conceito para a clínica psicanalítica, bem como nas pesquisas e escritos realizados por outros estudiosos que se debruçaram sobre a temática (Rudge, 2003; Laurent, 2004; Rouanet, 2006; Miller, 2008; Rudge, 2009; Grostein, 2014; Santos Jr, 2014; Rudge, 2016; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021).

### **3.1 Um breve percurso sobre o trauma**

A partir da metade do século XIX houve esboços e tentativas de criar conceitos para a palavra trauma, sendo esse início no período da Revolução Industrial, com tais construções baseadas nos acidentes de trabalho e traumatismos sofridos pelas pessoas naquele momento histórico. Desse modo, “em um primeiro momento, trauma fazia alusão ao traumatismo, ao trauma físico no corpo orgânico no contexto das urgências de tratamento nos hospitais, relacionado à clínica da ortopedia” (Guzmán & Derzi, 2021, p.2). Isso aponta que o trauma, na perspectiva da medicina, está relacionado com uma determinada lesão, de cunho acidental, que surgiu devido à interação com acontecimentos e/ou agentes externos variados, cabendo ao médico reparar e devolver a saúde desse corpo que foi ferido (Medeiros & Fortes, 2020).

Por outro lado, o conceito em questão também começou a se expandir, relacionando os impactos do acidente no corpo no aparelho psíquico. Por volta de 1884, houve estudos com pessoas que foram vítimas de acidentes em ferrovias, que, além do corpo ferido, queixavam-se de sintomas psíquicos associados, como angústia, depressão,

hipocondria, dentre outros, sendo criada, a partir disso, a noção de neurose traumática (Roudinesco & Plon, 1998; Guzmán & Derzi, 2021).

Nos dias de hoje, também é possível perceber outras perspectivas, como as que aparecem nos manuais de psiquiatria, nos quais a noção de trauma “passa a dizer respeito, também, a uma agressão emocional capaz de desencadear perturbações psíquicas e, em decorrência disso, somáticas” (Medeiros & Fortes, 2020, p.134). Para a psicopatologia, portanto, o termo diz respeito a acontecimentos que desestruturam o psiquismo, implicando na sua desorganização e em um trabalhoso processo de reparação (Rudge, 2003; Medeiros & Fortes, 2020). Nesse percurso, pode-se notar que o trauma é um efeito do agente externo, com a medicina tentando achar respaldo científico para estabelecer uma equação na qual seja possível pensar uma relação direta e de causalidade entre determinado sintoma e um significado universal, generalizável e único (Quinet, 2000; Guzmán & Derzi, 2021).

Nesta lógica, a noção de trauma circula entre diferentes áreas do conhecimento de modo semelhante, tendo em vista a noção de causa e efeito que une os diferentes contextos. Medeiros e Fortes (2020), citando outros autores, trouxeram também outras contribuições e reflexões importantes a respeito deste aspecto que está sendo discutido:

A ciência, com seu progresso, faz existir uma causalidade programada de eventos que se articulam em uma dinâmica de causa e efeito. Contudo, com certa frequência, “surge o escândalo do trauma que, ele sim, escapa a toda programação” (Laurent, 2004, p. 21). Ou seja, na explicação de Laurent, o trauma seria aquilo que escapa à programação prévia da racionalidade científica, aquilo que surge como não determinado, como um evento inesperado. Tal formulação nos parece particularmente interessante: se a ciência determinista visa ao controle, será traumático aquilo que lhe escapa, aquilo que se mostra como indeterminado, incontrolável e imprevisível (Medeiros & Fortes, 2020, p.135).

Esse ponto trazido pelos autores, e a perspectiva de Laurent (2004) sobre o traumático “como o que escapa a toda programação (p.21)”, traz à cena, como foi visto, uma concepção que faz um furo sobre o determinismo científico e mostra que é preciso

ter algo da ordem do inesperado, algum fator surpresa, para que determinada contingência seja considerada traumática (Medeiros & Fortes, 2020). Esse enlace entre trauma e elemento surpresa vai dialogar com a concepção freudiana sobre o termo, ponto que será discutido na próxima subseção.

### 3.2 Notas sobre o trauma em Freud

As pesquisas mostram que a questão do trauma na teoria freudiana surgiu a partir da sua prática clínica com Charcot no contexto hospitalar, com os estudos sobre a histeria. Nesses estudos iniciais, Freud (1888/1996) entendeu que a histeria era algo consequente a um acontecimento traumático real, como os ocorridos nos acidentes, frente aos quais o corpo era afetado e, por consequência, o local atingido poderia ser a fonte para o surgimento de um sintoma. Desse modo, essa formulação pioneira do trauma também trazia uma hipótese generalista, diante da qual, a partir de um acidente no corpo, haveria uma abertura para o traumatismo.

Esse traumatismo, por sua vez, caracterizava-se por manifestações como dor constante, tremores, fadiga, dentre outros. Contudo, só após estudos que mostraram a relação dos impactos do acidente no corpo no aparelho psíquico, e o surgimento da noção de neurose traumática, é que Freud e Charcot formularam uma teoria do trauma psíquico que teve origem na histeria traumática (Rudge, 2016; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021).

A partir de então, Freud associou a histeria à neurose traumática, tendo como produto disso a histeria traumática, o que o fez pensar sobre a importância de emparelhar o evento fundamental na histeria comum ao da histeria traumática, uma vez que “mesmo no caso do grande trauma mecânico da histeria traumática, o que produz o resultado não é o fator mecânico, mas o afeto de terror, o trauma psíquico” (Freud, 1893/1996, p. 40). Desse modo, ele assimilou que toda histeria tem relação com o trauma psíquico e todo evento histórico tem sua determinação pela magnitude do trauma (Freud, 1893/1996; Medeiros & Fortes, 2020). A partir dessa conjuntura, Medeiros e Fortes (2020) vão destacar algo que fez uma questão:

Mas o que chama a atenção é o fato de algo ocorrido há tanto tempo continuar exercendo poder sobre o sujeito. Ou seja, o que importa, do ponto de vista da psicanálise, é que o trauma possui

efeitos duradouros não restritos ao evento em si. Se o trauma psíquico está ligado a uma soma de excitação no aparelho psíquico, observa-se que quanto maior o trauma, mais intensa deve ser a reação correspondente, para que o aparelho possa se proteger de tal excesso. Porém não é sempre que essa reação é possível ou suficiente, e quando isso ocorre o trauma retém seu afeto original, permanecendo como um trauma psíquico. Portanto, os pacientes histéricos sofrem de traumas psíquicos que não foram totalmente reagidos ou ligados (p.140).

Deste modo, o trauma passa a ter uma dimensão psíquica indissociável, apontando para um excesso, para um afeto que desestrutura a organização simbólica, sem encontrar uma via para ser ab-reagido. Sobre isso, Roudinesco e Plon (1998) vão trazer que foi criado o conceito de abreação para “definir um processo de descarga emocional que, liberando o afeto ligado à lembrança de um trauma, anula seus efeitos patogênicos” (p.3). O evento traumático de forma isolada não vai mais causar e produzir determinados sintomas, mas sim a resposta psíquica do sujeito frente à recordação do acontecimento. Guzmán e Derzi (2021) apontam que

Os sintomas se desenvolveriam quando a pessoa fosse incapaz de reagir frente a uma situação, ou seja, quando há uma ausência de uma “resposta adequada” tal que permitiria descarregar o afeto gerado e associar a representação às representações do eu, tendo um efeito catártico. Portanto, quando a reação é reprimida, o “afeto estrangulado” permanece vinculado à lembrança, tendo como consequência manifestações históricas (p.3).

Com isso, é o aspecto mnemônico do trauma e não o trauma propriamente dito que pode desencadear o sintoma, e quando a lembrança do trauma vem à consciência, dá a oportunidade para que aquela recordação, aquele excesso, possa ser posto em palavras e uma narrativa sobre a contingência ser construída (Guzmán & Derzi, 2021). Daí vem a cura pela ab-reação, no sentido de, uma vez que a experiência é contada, o afeto que está associado à lembrança ganha um novo contorno e a experiência perde o estatuto de traumático:

(...) cada sintoma histérico individual desaparecia (...) quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras (Freud, 1893/1980a, p. 22).

Ao longo da sua investigação sobre o trauma, Freud fará outras elaborações como a de que "nenhum sintoma histérico pode emergir de uma única experiência real, mas que em todos os casos a lembrança de experiências mais antigas despertadas em associação com ela atua na causação do sintoma" (Freud, 1896b/1996, p. 194), levando, com isso, "ao campo da experiência sexual" (p. 196). Surge, aí, um novo cenário, no qual a dimensão do sexual ganha espaço e contribui para pensar os sintomas históricos como frutos dos traumas psíquicos relativos à vida sexual do paciente, sendo criada a teoria da sedução (Freud, 1896b/1996; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021).

A teoria da sedução (Freud, 1896b/1996) foi elaborada na tentativa de trazer explicações para a dimensão traumática na histeria. Parte do pressuposto de que quando a criança é violentada ou sofre uma tentativa de violência sexual por parte de um adulto, isso será revisitado na puberdade, período em que há o confronto com a sua sexualidade, esta, por sua vez, adquirindo cunho traumático justamente pela atualização da agressão prévia (Kupermann, 2016; Medeiros & Fortes, 2020). Nesse sentido, o ato traumático traz em si dois tempos, ou duas cenas: primeiro, a violência ou tentativa de violência que a criança sofreu pelo adulto, podendo-se pensar na cena da sedução em si, mas que não possui, nessa ocasião, valores sexual e traumático; e o segundo, na puberdade, quando essa primeira cena é evocada, já com teor traumático, podendo a pessoa, a partir daí, tratar desse trauma (Freud, 1896b/1996; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021).

Nesta perspectiva, foi introduzido o termo *nachträglichkeit*, que na tradução para o português significa "a posteriori" ou "só-depois": "Era o trauma produzido na criança pela tentativa de sedução sexual por parte de um adulto que constituía a precondição para a neurose. A doença seria deflagrada quando surgisse uma experiência posterior que tivesse relações associativas com a cena infantil" (Rouanet, 2006, p. 144). Guzmán e Derzi (2021) vão dizer que "o conceito de *a posteriori* (...) dá a ideia de uma temporalidade e concepção de causalidade que prevê uma ação linear do passado sobre o

presente, indicando que o presente se associa ao passado e transforma a sua significação” (p.4). O conceito de *a posteriori* apareceu no caso Emma Eckstein, que não entrava nas lojas sozinha: “Temos aqui um caso em que uma lembrança desperta um afeto que não pode suscitar quando ocorreu como experiência, porque, nesse entretanto, as mudanças trazidas pela puberdade tornaram possível uma compreensão diferente do que era lembrado” (Freud, 1895/1950, p. 209).

As elaborações feitas por Freud, até aqui, valorizavam determinado acontecimento, um acontecimento objetivo, como aquilo que causou ou favoreceu o trauma, em outras palavras, o outro tinha função de agente provocador (Kupermann, 2016; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021). Tal construção foi questionada tempos depois, em 1897, em uma carta endereçada ao seu então amigo da época, Fliess, a “Carta 69”. Nela, Freud expõe de maneira contundente a realidade psíquica como um aspecto diretamente relacionado ao trauma, sem circunscrevê-lo a um evento adverso, embora não tenha deixado de lado, por completo, a existência de uma realidade, por assim dizer, concreta, física, do termo em questão. (Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021). Portanto, nenhum acontecimento, isoladamente, possui estatuto de traumático: um acidente, uma catástrofe, um evento violento não constituem em si um efeito traumático (Medeiros & Fortes, 2020, p.142).

Com isso, foi possível localizar a subjetividade como um fenômeno determinante e que fazia parte do evento traumático. Desse modo, a dimensão até então totalizante direcionada ao trauma se dilui, e ganha espaço a singularidade, a dimensão do sujeito: “não importa que muitas pessoas vivenciem cenas sexuais infantis sem se tornarem histéricas, desde que todas as que se tornam histéricas tenham vivenciado cenas dessa ordem” (Freud, 1896b/1996, p. 205). Este ponto ganha mais corpo ao pensar que nem todas as pessoas que passam por determinado tipo de evento potencialmente traumático ficam traumatizadas, o que reforça a dimensão da singularidade que não dá para separar do trauma, qualquer que seja ele (Freud, 1896b/1996; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021).

Por ter feito essas novas articulações, Freud duvidou da sua neurótica pelos impasses e fracassos que encontrou em sua clínica, já que os casos de histeria não tinham relação com pais perversos, chegando a conclusão de que quando se trata de inconsciente não é possível fazer a diferenciação do que é verdade e do que é ficção: “a descoberta comprovada de que, no inconsciente, não há indicações de realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção” (Freud, 1897/1996, p. 310). A partir dessa

mudança de direção, Freud abandonou a teoria da sedução, mas não abriu mão da noção de trauma, e sim elevou a dimensão subjetiva, fato que, até os dias de hoje, diferencia a psicanálise de outros campos do saber (Freud, 1897/1996; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021).

Houve, portanto, a passagem da teoria da sedução para a teoria da fantasia, e da realidade material para a realidade psíquica. A então teoria adotada traz o sujeito como protagonista, ao passo que a realidade psíquica passa a ser explicada pelas cenas primárias das fantasias, por trazerem dimensões singulares das histórias dos sujeitos frente aos eventos reais (Guzmán & Derzi, 2021). Estes autores pontuam que

A partir disso, Freud passa a considerar que os sintomas não são derivativos de traumas da infância, senão que são essas memórias construídas *a posteriori* com traços de acontecimentos reais da infância que dão origem aos sintomas.

Ao perceber a irrealidade das cenas de sedução, Freud deixa de lado a importância do trauma da sedução pelo adulto como fator etiológico das neuroses e dá um lugar de maior importância à fantasia que cria essa cena. Há, portanto, uma primazia da fantasia no traumático (p.5).

Desse modo, o conceito de trauma perdeu a sua centralidade que se apresentava até então, “Ele agora se integra numa concepção etiológica segundo a qual a neurose é deflagrada pela conjunção de dois fatores, a predisposição constitucional e o acontecimento acidental, de natureza traumática” (Rouanet, 2006, p. 144). O trauma volta a ganhar cena mais adiante, no seu ensaio sobre “Além do Princípio do Prazer” (Freud, 1920/1996), a partir dos casos da neurose traumática deflagradas no contexto da Primeira Guerra Mundial.

A prática clínica e tratamento com os soldados traumatizados que retornaram dos campos de batalha tiveram êxito com a técnica da catarse, fazendo com que Freud sustentasse a sua formulação do teor subjetivo do trauma, ao passo que a medicina fazia o movimento de justificar a neurose de guerra pela via da lesão no corpo: “não há dúvidas quanto à natureza psíquica das causas determinantes das neuroses de guerra” (Freud, 1919/1996, p. 228). Assim, as neuroses de guerra ganham certa equivalência com a neuroses traumáticas, uma vez que em ambas ocorre um processo de defesa de um perigo

que ameaça, seja interno ou externo:

Na medida em que se diferenciam das neuroses comuns do tempo e de paz por certas peculiaridades, as neuroses de guerra devem ser compreendidas como neuroses traumáticas que foram possibilitadas ou favorecidas por um conflito do Eu: a situação de guerra favorece um conflito entre o “velho Eu pacífico” e o novo Eu guerreiro, dos soldados, exigido pela situação de combate. Tanto o “velho Eu” se protege do risco de vida mediante a fuga na neurose traumática, como que se defende do “novo Eu”, percebido como ameaçador para sua vida (Guzmán & Derzi, 2021, p.6).

Frente a tais formulações, Freud se depara com uma questão e dificuldade em gerir uma definição mais sólida sobre a neurose traumática, no sentido de que se essa poderia ou não, servir de base para a explicação para as demais afecções orgânicas neuróticas. Diante desse impasse ele entende que “o recalque subjacente a toda neurose pode ser entendido (...) como reação a um trauma, como neurose traumática elementar” (Freud, 1919/2010, p. 388). Contudo, tal entendimento era frouxo, fazendo com que houvesse uma expansão sobre tal discussão “ao formular mais claramente a ideia de uma engrenagem neurótica do trauma” (Medeiros & Fortes, 2020, p. 143).

Na “Conferência XVIII, Fixação em traumas - o inconsciente” Freud (1916/1980c) caracteriza o acontecimento traumático como uma vivência experienciada em um curto intervalo cuja natureza acarreta “um acréscimo de estímulos tão grande que sua liquidação ou elaboração, pelos meios normais e habituais, fracassa, o que não pode deixar de acarretar perturbações duradouras no funcionamento energético” (p. 275). Porém a expansão e afinamento sobre as questões em torno do trauma foram retomadas mais fortemente em “Além do Princípio do Prazer” (1920/2011), inseridas no novo dualismo pulsional freudiano.

Nesses seus escritos, Freud destaca características fundamentais sobre a neurose traumática, o fator surpresa, e o dano que foi sofrido:

Freud ressalta duas características das neuroses traumáticas: em primeiro lugar, o fator da surpresa, do terror; em segundo, uma

ferida ou dano sofrido que, simultaneamente, atuavam no surgimento da neurose. Freud diferencia os termos angústia, medo e terror. A angústia designa um estado como de expectativa do perigo e preparação para ele, ainda que seja desconhecido. O medo requer um determinado objeto, ante o qual nos amedrontamos. O terror se denomina o estado em que ficamos ao correr um perigo sem estarmos para ele preparados, enfatiza o fator da surpresa (Guzmán & Derzi, 2021, p.6).

Desse modo, Freud (1916/1980c) atribuiu ao trauma um sentido econômico, no sentido de que o aparelho psíquico possui uma proteção contra os estímulos externos, cuja função é, em resumo, fazer uma barreira que provoque uma diminuição da quantidade de excitações que estão passíveis de atravessar o psiquismo. Com base nisso, o trauma seria uma dessas excitações, e sua característica assume uma potência elevada, de modo que as barreiras psíquicas não dão conta de absorver tamanho impacto, gerando um desajuste no que tange ao gerenciamento do fluxo do organismo, implicando em um movimento de defesa na tentativa de reparar o rompante,

Assim, o princípio do prazer é posto fora de ação devido a que não se pode evitar que o aparelho psíquico seja inundado pelas grandes quantidades de estímulo. Assim, tenta-se controlar o estímulo para conduzi-las à eliminação (...) Dessa forma, o aparelho psíquico passa de um estado de livre fluência para um estado de imobilidade devido à vasta ruptura da proteção contra estímulos (Guzmán & Derzi, 2021, p. 6-7).

Nessa teorização criada, o trauma está associado a qualquer tipo de excitação que atravesse o escudo protetor do aparelho psíquico e se afaste do princípio do prazer, lançando o sujeito em um estado traumático (Medeiros & Fortes, 2020), passando, portanto, a ser “o efeito do rompimento do escudo protetor do psiquismo por um excesso de excitação que não pode ser processado psiquicamente, seja por uma incapacidade estrutural ou contingencial, seja pelo fator surpresa” (p. 144). Ao fazer a interlocução com a clínica das urgências subjetivas, essa teoria de Freud aparece como um elo, uma vez que o trauma aponta para a urgência crua, e o sujeito, nesse contexto, não dispõe de

recursos na esfera do psiquismo, podendo-o levar a conclusões abruptas (Berta, 2015).

Em resumo, nesse período Freud chegou à conclusão de que o princípio do prazer por si só não abrangia a complexidade do aparelho psíquico, “o sujeito sofre uma compulsão à repetição que faz o sujeito repetir as mesmas vivências dolorosas (...) Dessa forma, Freud eleva a pulsão de morte como fundamento para explicar o motivo pelo qual o paciente insiste em repetir a situação traumática” (Guzmán & Derzi, 2021, p. 7).

Após esse breve percurso sobre a concepção do trauma na perspectiva Freudiana, a subseção seguinte irá trazer o mencionado conceito à luz das formulações de Lacan, bem como que foi aproveitado das elaborações deixadas por Freud.

### 3.3 Notas sobre o trauma em Lacan

Foi possível perceber o percurso que Freud construiu para lapidar o conceito de trauma, e as elaborações feitas a partir dos seus estudos e experiências da prática clínica, sendo pensada, de uma forma mais geral, em pelo menos duas teorizações sobre o conceito em questão: a teoria da sedução (Freud, 1896b/1996), e o trauma fruto de um excesso de estímulos (Freud, 1920/2011), de uma sobrecarga pulsional que não encontrou via para simbolização (Kupermann, 2016).

Ao adentrar nesta temática partindo das formulações feitas por Lacan, faz-se necessário, de saída, realizar um retorno para a primeiríssima e primeira infâncias, para pensar sobre o encontro do corpo, ainda pioneiro no que se refere à lógica dos significantes, com a linguagem, e as repercussões dessa junção no psiquismo. Atualizar esses dois períodos implica pensar na questão do sujeito do inconsciente, esta última afirmada por Lacan como condição *sine qua non* para tal constituição, o campo da linguagem. Quando um bebê nasce, ele não dispõe de condições autônomas para sobreviver, devido a sua condição de desamparo fundamental - *Hilflosigkeit* - , necessitando de um Outro primordial que o inclua na lógica do significante (Guzmán & Derzi, 2021).

Como forma de sobrevivência frente à escassez biológica, o bebê manifesta o seu desamparo pelo grito e pelo choro, fazendo dessas vias, um pedido de socorro ao Outro, o Outro materno, que por sua vez, vai interpretar e atribuir uma significação a esse apelo de modo singular, fazendo com que aquela contingência da ordem da necessidade, ganhe o estatuto de demanda: “é necessário que esse grito seja atribuído a significação de um apelo, de um pedido, transformando a necessidade que se expressa no grito em uma

demanda” (Quinet, 2000, p. 88). A partir daí, é possível pensar que o bebê se beneficiará da sua experiência pioneira de satisfação (*Das Ding*), ao se confrontar com o objeto que vai satisfazer sua necessidade (Guzmán & Derzi, 2021). Desse modo, o Outro materno irá fazer uma marca nesse bebê, porque também é um Outro tesouro de significantes e vai desempenhar o papel de dar nome e de dar reconhecimento àquele ser vivo, vendo-o como sujeito, e sujeito de direitos. Essa condição “ implica a lógica do significante, a constituição do processo de comunicação, de endereçamento, de interpretação e nomeação, ou seja, de acesso do *infans* à língua e à linguagem” (Barroso, 2015, p. 60).

E é justamente a partir desse acesso, desse encontro do corpo com a linguagem pela via do Outro materno, que Lacan vai caracterizar como traumático, mas como um trauma necessário para a constituição do sujeito. Guzmán e Derzi (2021) mencionam que o trauma, nesta perspectiva,

(...) é entendido como a entrada do sujeito no mundo simbólico. Ele não é um acidente, mas constitutivo da subjetividade. O trauma do sujeito é a exigência da linguagem e a dependência do sujeito ao significante. Devemos lembrar que o sujeito já é nomeado antes dele ter nascido, já se encontra implicado na lógica do Outro (p. 8).

No seminário 6, Lacan (1958-1959/2016) discorre sobre esse encontro entre o bebê e o Outro primordial e a passagem do corpo inundado pela necessidade biológica para o corpo subjetivado e reconhecido enquanto sujeito:

O primeiro sujeito só pode se instituir como tal enquanto sujeito que fala, enquanto sujeito de fala. Na medida em que o Outro é ele próprio marcado pelas necessidades da linguagem já não é o Outro real, instaura-se como lugar de articulação da fala. Aí é que se constitui a primeira posição possível de um sujeito como tal, de um sujeito que pode ser apreendido como sujeito, como sujeito no Outro, na medida em que esse Outro o pense como sujeito (p. 402).

Portanto, o sujeito é fruto desse encontro traumático, no qual, de início, há uma

satisfação plena mas que será perdida. Essa condição, por sua vez, evoca a questão do desejo, podendo este último ser pensado como o movimento que o sujeito faz de procurar esse objeto da primeira experiência de satisfação, que não será encontrado. O sujeito vive o seu primeiro encontro com o desejo como desejo do Outro (Quinet, 2000; Guzmán & Derzi, 2021).

Este aspecto do desejo do Outro também compõem as formulações feita por Lacan acerca do trauma, uma vez que, para ele, “o desejo do Outro permanece aí como um núcleo enigmático, até que, depois, *a posteriori*, o sujeito possa reintegrar o momento vivido numa (...) cadeia geradora de toda uma modulação inconsciente” (Lacan, 1958-1959/2016, p. 453). Desse modo, o sujeito não dispõe de recursos simbólicos frente a este enigma e opacidade do desejo do outro, ficando desamparado (*hilflosigkeit*) sendo, portanto, esta experiência, também de valor traumático (Lacan, 1958-1959/2016; Miller, 2014; Guzmán & Derzi, 2021). Para circunscrever esse encontro, o sujeito traumatizado produz uma resposta a este enigma, ganhando cena a fantasia, a qual implica em um posicionamento do sujeito no âmbito do desejo:

É a mesma lógica da fantasia que opera no âmbito do inconsciente, em que o sujeito não tem a possibilidade de designar a si mesmo, em que é confrontado com a ausência de seu nome de sujeito. É, então, à fantasia que ele recorre e é na sua relação com o objeto do desejo que reside a verdade de seu ser (Miller, 2014, p. 9).

Em resumo, o sujeito nasce a partir de uma relação de dependência com a alteridade, o Outro primordial, uma experiência traumática, e se torna um ser falante (*falasser*) para poder conseguir fazer um movimento de separação desse Outro. Em outras palavras, o sujeito necessita colocar a vivência traumática em uma determinada cadeia, a cadeia significante, gerando um contorno sobre tal contingência. Essa cadeia traz a dimensão “da articulação do significante com outro significante, ou seja, ao que esse significante remete o sujeito” (Guzmán e Derzi, 2021, p. 8) e, por conseguinte, a perspectiva de pensar o inconsciente estruturado enquanto uma linguagem: “O inconsciente é constituído pelo desfilamento dos significantes, que deslizam sem cessar não se detendo em significados” (Quinet, 2000, p. 30). É a partir dessa via dos significantes, que o processo de simbolização primordial, a simbolização do

acontecimento com valor traumático oriundo da relação com o Outro e com o seu desejo, se constitui. Porém, algo sempre fica de fora e não consegue ser capturado por esta lógica (Guzmán e Derzi, 2021).

A isso que é inassimilável, Lacan (1964/2008) denominou de real, aquilo que não se corresponde ao simbólico e que sempre retorna ao mesmo lugar para o sujeito. Rudge (2009) menciona que o real surge de um encontro faltoso que, via repetição, “reitera o impasse próprio da estrutura do sujeito. Essa repetição traz o retorno não do mesmo, e sim do diferente, de uma outra coisa, que até faz parecer que não é um retorno” (p. 66). O real, na teoria lacaniana, assim como o trauma, também está fora do princípio do prazer e foge à lógica do significante. Assim, no *seminário 11*, utilizando-se do apoio da teoria das causas de Aristóteles, é que Lacan vai elaborar o conceito de real articulado e aproximado com o de trauma, a partir da ideia de causa acidental nas duas modalidades representadas, *tiquê* e *autômaton* (Lacan, 1964/2008; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021). Nesta perspectiva,

A teoria metafísica da causação surge quando Aristóteles se perguntava o porquê da mobilidade do ser. Para o autor, há quatro causas que explicam isto: a material, a formal, a eficiente e a final. As duas primeiras causas explicam a constituição dos seres e das substâncias, e as últimas duas tentam explicar a sua transformação. Assim, a causa material é a matéria de que uma coisa é feita, por exemplo: uma estátua pode ser feita de mármore ou de bronze. A causa formal é a forma da coisa, assim, a estátua pode ter a forma de um humano, de um animal etc. A causa eficiente é a origem da coisa, ou seja, aquilo ou aquele que tornou o objeto possível, por exemplo: o escultor que fez a estátua. Já a causa final seria a razão de algo existir, a finalidade do objeto, por exemplo: a estátua é feita para homenagear alguém, por devoção religiosa etc (Guzmán & Derzi, 2021, p. 9-10)

Sendo assim, Lacan (1964/2008) atribui a *tiquê* e *autômaton*, no geral, como pertencentes à modalidade de acaso acidental, “pois dizem respeito a algo que ocorre fora do alcance da razão humana, dificultando que se lhes atribua uma inteligibilidade” (Medeiros e Fortes, 2020, p. 145), e as suas causas não se contentam com a restrição a

essas desenvolvidas por Aristóteles. O *autômaton* seria aquilo que não é atingido pela ação humana, que se desenvolve de maneira espontânea, sendo, para Lacan, o desenrolar natural do inconsciente na cadeia significante e suas repetições. Já a *tiquê* está relacionada a um encontro, um encontro faltoso, o encontro com o real (Lacan, 1964/2008; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021). Este encontro situa-se, também, nas dimensões do trauma e da fantasia: “O que se repete, com efeito, é sempre algo que se produz como que por acaso. O lugar do real vai do trauma à fantasia, fantasia como tela que dissimula algo de absolutamente primeiro de determinante na função da repetição” (Soares, 2009). Desse modo,

ao definir o real como um lugar que se dá entre destino e acaso, a noção de trauma afina-se com esse campo, uma vez que o entendemos como fruto tanto da repetição como do indeterminismo. Então, a aproximação entre real e trauma permite entrever a dimensão daquilo que se impõe a cada sujeito falante, que escapa da rede significante, mas a que apenas podemos ter acesso pelas coordenadas subjetivas próprias. Disso apreendemos que não temos acesso ao trauma do real, apenas ao trauma já infiltrado no fantasma de cada um. Dessa forma, ao mesmo tempo que confronta cada um para construir um sentido, há algo que é estruturalmente inassimilável (Medeiros & Fortes, 2020, p. 145).

Então, de acordo com Lacan, o trauma, nesta perspectiva, “é concebido como devendo ser tamponado pela hemóstase subjetivante que orienta todo o funcionamento definido pelo princípio do prazer” (Lacan, 1964/2008, p. 60), podendo-se apreendê-lo como algo irrepresentável que está além do *autômaton* e que retorna. A concepção lacaniana sobre o trauma vai ganhando maiores dimensões, ao passo que, também passa a adquirir, cada vez mais, uma relação mais próxima com o real. Para explicar tal aproximação, Guzmán e Derzi (2021) trouxeram, em sua pesquisa, um exemplo interessante compartilhado por Santos Jr. na plenária *A Psicopatologia do Trauma*, da Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo:

Um adolescente de 15 anos ao voltar para casa à noite é atacado por dois sujeitos que o encostam na parede de braços e pernas

abertos. Um deles abaixa-lhe as calças de forma violenta. Ele ouve o som de um zíper sendo puxado, “como de jaqueta de couro”. O paciente imediatamente tem a certeza de que será morto com uma faca e surpreende-se quando é penetrado pelo pênis do estuprador. Não se recorda de nenhum detalhe dos atacantes e não se livra do som do zíper (Santos Jr., 2014, p. 32).

Esse exemplo traz a questão da singularidade do trauma e o seu caráter não generalista, uma vez que o acontecimento traumático é retratado por fragmentos e detalhes de uma situação, ou seja, a marca do real que faz furo no simbólico e faz se ausentar os recursos psíquicos até então presentes (Guzmán & Derzi, 2021). Complementa Santos Jr.: “Uma vítima de estupro não consegue esquecer as mãos sujas do atacante, outra não esquece o mau hálito e a falta de dente frontal, sem ser capaz de descrever nada mais do perpetrador” (Santos Jr., 2014, p. 31).

Outro exemplo que aponta para este aspecto da generalização à singularidade do trauma, pode ser encontrado na obra de Miller (2008), na qual há a explanação sobre o caso Minna, uma mulher jovem que no dia do atentado de 11 de março de 2004, em Madrid, fala das repercussões emocionais por ter saído da estação de trem sem ter ajudado as pessoas feridas que foram atingidas pelas explosões das bombas. Nessa fuga, entre mortos e feridos, a jovem se confrontou com o olhar de um homem estirado no chão, ensanguentado, como um cristo estendido e ensanguentado, cena que não parava de aparecer em seus sonhos. O traumático, para ela, naquele contexto, não foi o atentado em si, mas a imagem de um homem cheio de sangue no chão.

Nas sessões com seu analista, o sentimento de culpa em Minna aparece associado ao fato de não ter conseguido ajudar as pessoas que estavam feridas, o que lhe fez abrir uma questão sobre os princípios e valores repassados pelo seu pai e seu modo de agir diante daquele contexto, que, para ela, não foi condizente com os ideais e que feriu o “todo amor” da religião. Essa divisão gerou um furo no simbólico, passando a ter esses pesadelos com o olhar de cristo, como uma dívida a ser paga. Esse olhar pode ser pensado como o gozo real, que não se pode simbolizar. Em seu tratamento analítico, Minna permanece falando sobre seus sonhos, em deslizamento metonímico, fazendo com que houvesse a elaboração da cena traumática e diluição da angústia, retomando, assim, o fio da vida, cuja expressão é o nome dado ao caso (Fuentes, 2006; Miller et al., 2006).

Esse ponto também dialoga com os achados na literatura sobre a questão do

trauma na urgência subjetiva em (Barros & Moschen, 2014; Berta, 2015; Petrilli, 2015; Calazans & Azevedo, 2016; Malajovich et al., 2017; Azevedo, 2018; Costa & Costa-Rosa, 2018; Barboza et al., 2019; Abreu et al., 2020; Rodrigues & Muñoz, 2020, Rodrigues, 2021). Sobre isso, Rodrigues e Muñoz (2020), estudando a clínica das urgências subjetivas, também trazem notas sobre o trauma que compactuam com essa constatação de que o traumático se representa por um traço da cena:

Não é necessário que haja um grande acontecimento traumático. Pelo contrário, uma palavra ouvida no cotidiano, um encontro amoroso, um pequeno incidente, podem possuir valor traumático, isto é, abalar a ideia que construímos de nós mesmos e o lugar simbólico que supomos ocupar diante do Outro (p. 92).

Dessa maneira, fica claro que os estudos de Lacan sobre o trauma em interlocução com o real, contribuíram e contribuem para se pensar sobre outras questões na psicanálise, e este conceito aparece como importante e recorrente operador teórico clínico que serve de subsídio para compreender as variadas formas de manifestação clínica (Sotelo, 2015; Seldes, 2019).

Ainda se tratando da interlocução entre trauma e real, Guzmán e Derzi (2021) vão sublinhar que não necessariamente o encontro com o real vai provocar consequências desvantajosas para o campo da subjetividade, uma vez que, segundo eles, a partir desse encontro, “pode fazer vacilar a fixação do fantasma, e o resíduo do traumatismo pode permitir que o sujeito descole do *semblant*, da ficção, do engodo e possibilite a emergência da saída do desejo” (p.10). Ou seja, para esses autores, tomar o irrepresentável do real do trauma não será em vão, podendo haver abertura de possibilidades, como o despertar do desejo do sujeito. Avançando nesse fio que conecta trauma e real, Lacan (1973-1974/2018, p. 144) vai postular que a linguagem é a causadora do trauma no sujeito, “é a dependência do sujeito ao significante, sua entrada no meio significante, que lhe provoca o trauma” (Guzmán & Derzi, 2021, p. 10). Desse modo, ele passa a se utilizar do neologismo *troumatisme* para traduzir a dimensão traumática, cuja criação está associada ao furo (*trou*) do simbólico decorrente do trauma pelo encontro com o real, pela não relação dos sexos, “um buraco que traumatiza (*troumatisme*)” (p.144).

O trauma lacaniano também está ligado com as noções de interior e exterior, o que é condensado na figura do *toro*, um espaço particular da linguagem que apresenta

uma permeabilidade entre o dentro e o fora” (Medeiros & Fortes, 2020, p. 145). Nesse sentido, o buraco está circunscrito nesse espaço entre o exterior e o interior, entre o dentro e o fora, com o trauma sendo representado como um buraco no interior do simbólico, a rede de significante através da qual o sujeito se depara com o real (Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021). Soler (1998) também contribuiu com os achados de Lacan, complementando que o trauma pode ser pensado não só pela via do furo (*troumatisme*), como também, pela via de um excesso (*trop*), associando o trauma ao *tropmatisme*. Nesta perspectiva, é possível apreender em Lacan, como também em Freud, que o trauma é um furo mas também é um excesso (*troumatisme e tropmatisme*), e que provoca um rompante, apontando para algo da ordem do que não dá para suportar, por se associar a um real desmedido (Freud (1916/1980c; Soler, 1998; Medeiros & Fortes, 2020; Guzmán & Derzi, 2021).

Na *Conferência de Genebra sobre o sintoma*, Lacan traz o encontro do corpo com a palavra como um encontro traumático, uma vez que não há significantes para expressar a experiência pulsional: O corpo, então, fica “marcado pelo encontro do significante que falta constituir um gozo que se repetirá” (Guzmán & Derzi, 2021, p. 11). Com isso, há uma mudança no que diz respeito à transição de uma significação para a satisfação, de modo que, “não haveria traumatizados se não houvesse satisfação associada ao temor. Não haveria trauma se não houvesse Eros associado à pulsão de morte” (Grostein, 2014, p. 41). Nesta perspectiva, o analista deve estar atento aos aspectos da fala que possuem uma função de gozo, podendo pensar que o sujeito, é ele mesmo quem traumatiza, sendo alvo do seu próprio inconsciente e dos seus modos de satisfação, do seu próprio gozo (Guzmán & Derzi, 2021). O trauma, então, caracteriza-se como o gozo do corpo oriundo do evento traumático em si: “O trauma é um acontecimento de corpo que produz um gozo inassimilável, no qual o sujeito se fixa eternamente num determinado modo de gozo” (De Campos, 2014, p. 10).

Mais uma vez, é possível identificar um elo entre essas formulações sobre o trauma e a literatura acerca da urgência subjetiva em psicanálise. De acordo com Abreu et al. (2020), “o trauma se caracteriza pela intensidade da mobilização emocional gerada, pela incapacidade dos sujeitos de construir respostas a ele e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca no psiquismo” (p. 79). Essa questão traz novamente a dimensão do excesso que traz um desamparo simbólico. No hospital, é possível pensar essa questão a partir do confronto do sujeito com a morte, o real da morte – o que é impossível de simbolizar. Costa e Costa-Rosa (2021) vão afirmar que:

Tem destaque na atenção hospitalar esse encontro com o traumático: as tentativas de suicídio; os acidentes diversos, domésticos e de trânsito; os atos de violência; as disfunções no organismo, nos sistemas respiratório, cerebral e cardiovascular; os fenômenos psicossomáticos e as feridas que emergem no corpo sem causas orgânicas constatáveis (p. 48).

No contexto hospitalar há a circulação de vários afetos: há a alegria de uma alta, o alívio por ter se curado de uma doença, ou por aquela doença não ter se desenvolvido da forma mais grave; há os afetos entre os próprios pacientes, entre pacientes e familiares, entre familiares e familiares, pacientes e profissionais, e entre os colegas de trabalho. Contudo, este espaço é essencialmente atravessado pelo sofrimento. Trata-se de um local no qual a falta de privacidade e garantias, risco iminente de morte, dores, desamparo, ruptura dos laços sociais, apresentam-se como alguns fatores que demarcam uma imprevisibilidade e podem levar o sujeito a uma falta de recursos para contornar o real, manifestando-se de forma assoladora, pela via do trauma (Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019; Rodrigues, 2021), com a clínica das urgências subjetivas escancarando uma “preocupação voltada para o que não se pode esperar, isto é, a busca por uma rápida resposta ao que foi tido como traumático” (Costa & Costa-Rosa, 2021, p. 48).

E como disse Lacan (1973-1974/2018), frente ao trauma, “inventamos um truque para preencher o buraco do real” (p. 144); cada um inventa o que é possível para si, e como foi visto, podem haver inúmeras maneiras de tentar se livrar do traumático: a inibição, o embaraço, o isolamento, o mutismo, uma passagem ao ato, bem como outras travessias abruptas ao momento de concluir, questões que serão discutidas no capítulo seguinte, no qual será abordada a resposta singular do sujeito diante de algo tido como traumático e as repercussões disso não só para o próprio sujeito, como também para os profissionais e a própria instituição.

#### 4 UM RETORNO SOBRE A EXPERIÊNCIA

“a psicanálise nunca estará no  
hospital de um modo definitivo, o que a  
convoca a um retorno sobre a  
experiência”

(Vinicius Anciães Darriba)

Diferente de como as páginas anteriores foram escritas, neste capítulo optei por escrever na primeira pessoa, uma vez que relatar algo que eu vivenciei de uma forma neutra e distanciada, seria, catastroficamente, uma invalidação da ética e um caminhar na contramão daquilo que escolhi como ofício e do acredito e aposto: a singularização da experiência. O que me deixa em uma relação de maior proximidade com a pesquisa e faz presentificar o exercício de autoria. “O texto que o senhor me escreve tem de me dar prova *de que ele me deseja*. Essa prova existe: é a escritura. A escritura é isto: a ciência da fruição da linguagem, seu *kama-sutra* (desta ciência só há um tratado: a própria escritura)”, (Barthes, 1987, p. 10).

Barthes já nos adverte sobre algo do desejo, o que também apareceu como conteúdo elaborado no processo de construção desta pesquisa e da minha escolha pelo caso que irei trazer nas próximas páginas. Leite (2024) vai marcar que a escrita em primeira pessoa não anula o rigor científico que uma pesquisa acadêmica requer, mas aponta para outras possibilidades de produção:

O gesto da escrita marca o gesto do pensar, por isso, é importante buscar aberturas para uma escrita mais experimental. Claro, não vamos nos esquecer de que todo tipo de escrita acadêmica passará pelos rigores das normas técnicas até que seja validada e publicizada como linguagem científica. No entanto, há sempre linhas de fuga, zonas de escape, passagens, possibilidades de outros trajetos para um texto estruturalmente mais livre, que proponha novos arranjos (Leite, 2024, p.3).

Tal ponto me fez pensar que escrever em primeira pessoa, é, de certo modo, destacar o lugar de sujeito na produção, apontando para a saída de uma posição mais

objetal que as normas técnicas da linguagem científica demandam. O que pra mim faz todo sentido aqui, uma vez que nos processos de escuta clínica e de relação transferencial, algo do sujeito vai aparecer, de ambos os lados. Além do caso ter sido escolhido por contemplar a discussão proposta no presente trabalho, essa escolha também se deu pela ética da psicanálise, com algo do meu desejo enquanto praticante e do desabrochar das minhas utopias que apareceram em cena para levar o sujeito atendido a compreender o seu próprio desejo.

Lacan (1986) introduz o analista no lugar de objeto a, objeto causa de desejo, aquele que o analisante deposita um suposto saber. Com isso, o analista é convocado a produzir o desejo causa da análise, fazendo emergir o desejo do analisante. Albuquerque & Henriques (2022) vão trazer que “é com tal finalidade que entra em cena aí o ‘desejo do analista’, que opõe ao mais-de-gozar um desejo de saber. A solução via desejo possui como perspectiva o enigma de sua causa, haja vista que a obscuridade do desejo inconsciente é uma defesa contra o imperativo de gozo”. (Albuquerque & Henriques, 2022, p. 85). “O analista visa a *diz-solver* a solda entre sujeito e mais-de-gozar, engajando o analisando na articulação do sintoma com o significante” (Miller, 2011, p. 110).

## 5 TENHO MEDO DE FICAR SÓ

“Tenho medo de ficar só  
 Sem um bem não se vive  
 Desvive  
 Eu não suporto ser quem eu sou  
 Quando eu estou sem ninguém  
 Tudo é feito de ausência  
 Carência  
 Conheço este estado  
 Todos os lados  
 Nada me faz feliz  
 E vivo sob um céu que nada me diz”.

(Djavan, “Tenho medo de ficar só”.)

### **Primeiro momento: *Sem os amores não tem vida*<sup>5</sup>**

Clay chegou na enfermaria em companhia dos profissionais que a conduziram no trânsito de uma unidade para outra. Mas estava desacompanhada, sem familiares. A enfermeira que a admitiu logo sinalizou: *psi, é uma paciente pra você*. De início, pensei em intervir a partir dessa fala, mas optei por ir atender a paciente primeiro, para ir o mais esvaziado possível.

Clay se confrontou com o desamparo simbólico ao ouvir do seu até então companheiro que o relacionamento entre eles tinha se rompido, o que também fez romper os seus recursos psíquicos, lançando-se escada abaixo e ao momento de concluir (Lacan, 1945/1998). Como esperado, estava bem fragilizada, física e emocionalmente. Quando eu cheguei ao leito e me apresentei como psicólogo, convidando-a a falar, ela fez o anúncio de que se tratava de algo difícil de colocar em palavras, uma das características da urgência, que gera uma desconexão no sujeito (Seldes, 2019). Esse momento pode ser caracterizado como o primeiro ponto, o instante de ver, o instante da precipitação do encontro do sujeito com algo da ordem do inédito:

Um primeiro ponto é o instante de ver - tempo que reúne o impacto do encontro com uma contingência que ultrapassa as coordenadas imaginárias e simbólicas pelas quais enxergamos

---

<sup>5</sup> As vinhetas clínicas, trechos, títulos e significantes em itálico, foram retirados da fala do sujeito e da equipe durante os atendimentos e acompanhamento/manejo do caso.

nossas vidas. Dito de outro modo, momento de impacto que força as bordas da janela fantasmática - do enquadre da realidade psíquica. Tempo de suspensão das coordenadas, instante indelével que fratura a temporalidade em um taxativo antes e depois. Instante marcado pelo afeto da angústia, afeto que não engana. Esse instante pode estrangular qualquer demanda (Berta, 2015, p.103).

Sustentei minha presença, em silêncio. Até que aos poucos alguns significantes começaram a surgir como um esboço de narrativa: *Não tem porquê mais eu viver, João*. Esperei para ver se viria algo mais e devolvi a afirmação em forma de pergunta, ao passo que foi abrindo mais o discurso e os significantes começaram a se encadear: *Eu sinto muita falta da minha mãe, quero me encontrar com ela*. A partir da minha presença, Clay seguiu em sua associação livre e atualizou a morte da sua mãe, com narrativa que apontava para uma experiência de luto em curso. *Eu não consegui me despedir de minha mãe, ela morreu e ficou um vazio*. Perguntei o que ela perdeu com essa morte. *Minha mãe era a minha companheira, perdi uma mãe, uma amiga e uma pessoa que me amava. Eu também amava muito ela*. Em articulação discursiva, conseguiu falar da relação com sua mãe e destacou, também, o incômodo por sua família ser pequena e que *as pessoas estavam morrendo*. Marquei pessoas morrendo, mas sem efeito em palavras, apenas choro. Nesse primeiro atendimento, precisei fazer algumas perguntas para Clay, perguntas que não necessariamente estavam ligadas ao seu discurso em associação livre, mas que era importante eu fazer.

Retomei o motivo da sua internação, perguntei como estava essa questão naquele momento, para poder avaliar o risco de suicídio, que estava alto. Mantinha ideação e intenção de cometer o ato novamente, estava sem rede de apoio, tinha histórico de outra tentativa, não era acompanhada por nenhum serviço de saúde mental e, antes de tentar tirar a própria vida, não comunicou a ninguém sobre isso. Este último aspecto é um ponto muito importante de se avaliar, uma vez que é possível identificar o nível de abertura ao campo do outro, que, no caso, estava fragmentado, configurando-se como dor e confirmando a tese de que esta se manifesta como o principal mal estar contemporâneo: “a dor impõe-se no psiquismo e se canaliza pela via da descarga. Esta pode realizar-se pelos diferentes registros do corpo, da ação e da intensidade, como os grandes eixos constitutivos das perturbações psíquicas contemporâneas” (Birman, 2019, p. 128). A

partir disso, eu estava advertido de que a minha presença, ali, também era a de favorecer a transição de uma dor fechada em si mesmo a uma abertura no campo da alteridade (Briman, 2019; Moretto, 2019).

Nesta perspectiva, fiz acordos com Clay: falei que ela poderia conversar comigo sobre os pensamentos de morte, se ela se sentisse angustiada poderia me chamar para falar sobre, expliquei o fluxo do atendimento psicológico naquele contexto do hospital, e deixei avisado qual dia retornaria para atendê-la novamente. São contornos importantes de serem dados, tendo em vista que se trata de um sujeito com recursos simbólicos rompidos, com pouca ou nenhuma abertura ao campo do outro e em vulnerabilidade psíquica, e esses contornos favorecem o processo de construção da transferência e o apaziguamento dos afetos que circulam.

Neste primeiro encontro, com a minha presença, foi possível identificar como efeitos a inserção da sua experiência de adoecimento em uma narrativa e processo de construção do vínculo e abertura ao campo da alteridade e ao tempo de compreender, ainda que incipiente. Nas urgências, de acordo com Sotelo (2006), o primeiro atendimento tem também como objetivo investigar no paciente o sentimento de *pathos*, para produzir algum efeito de construção, o que, no caso, parecia apontar para algo relacionado à interrupção dos vínculos sócio afetivos.

Lacan (1964/2008) fala da presença do analista no intuito de atribuir ao psicanalista uma função, transpondo a presença do corpo físico, fazendo o resgate de uma presença simbólica que permite o trabalho do inconsciente. Azevedo (2018) sublinha que a presença do psicanalista pode demarcar que há um tempo para o sujeito, tempo que se faz presente com a oferta da escuta, permitindo-o construir uma elaboração. Moretto (2019) também dialoga quanto este aspecto da presença do analista, ao trazer sobre as condições de limite para o sujeito, como em uma urgência:

Especialmente nas situações-limite em que o sujeito perde a familiaridade com o seu corpo, constatamos, em ato, como o psicanalista, ao oferecer-se como presença, ao acolher o impacto das forças pulsionais que circulam em seu corpo, constitui-se, assim, como esse Outro por meio do qual é possível ao paciente recuperar um corpo de linguagem, capaz de nomear sensações (Moretto, 2019, p. 61).

No segundo atendimento continuou com resposta psíquica semelhante a do primeiro, e me disse que ficou a noite toda pensando em morrer. *Não tem porquê mais eu viver*. Falou novamente sobre sua mãe e disse que todo mundo que ela amava tinha morrido. Pensei comigo mesmo: “todo mundo é muita gente”, e sutilmente perguntei: “todo mundo?”. Clay ficou certo tempo chorando e depois em silêncio. Na urgência, frente ao encontro com o real e de uma perda de referências, o sujeito também tem uma vivência de angústia. O sujeito depende do significante e o significante está primeiro no campo do Outro. A partir do intervalo entre os significantes, é possível reconstruir a respectiva cadeia, com a oferta de uma pausa para o tempo de compreender, fazendo com que o sujeito possa emergir na sua divisão (Lacan, 1964/2008; Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024). Como aponta Lacan (1964/2008), “o sujeito pode com efeito ocupar diversos lugares, conforme se o ponha sob um ou outro desses significantes” ( p. 204).

Angústia foi algo que também apareceu na fala de Clay: *estou me sentindo angustiada e só pensando em morrer*. Perguntei se ela conseguia me dizer o que estava angustiando ela, à medida que resgatou seu núcleo familiar, e a morte dos pais e do filho: *minha vida é muito difícil*. Outras perdas foram aparecendo. Lacan (1964/2008) assinala que “cada realidade se funda e se define por um discurso” (p.45), e a angústia apresentada por Clay foi um afeto que carregou algo do sujeito, como um chamado para os aspectos do inconsciente, tendo em vista que a angústia diz respeito ao real e opera como uma referência para o analista na sua prática clínica.

A angústia, situada como um afeto, costuma se presentificar nas condições de sofrimento psíquico como uma urgência de coisas para dizer, “modalidade temporal que responde ao advento ou à inserção de um traumatismo” (Miller, 2009, p. 19). No entanto, há a possibilidade, com esse traumatismo, de novas formulações subjetivas acontecerem e algum contorno ser dado à contingência, o que, por sua vez, só acontece com a valorização da enunciação do sujeito. Com essa valorização, os afetos do sujeito ganham um lugar e, com isso, possibilita favorecer um espaço para a singularização, um espaço para serem subjetivados (Almeida & Aires, 2023).

Também resgato Barros e Moschen (2014), que nos adverte sobre a ética da angústia e demarcam a repercussão ambígua na urgência, tendo em vista que ao mesmo tempo que afeta o sujeito e o simbólico, “a urgência mais radical poderia ser aquela quando não há mais sinais da presença da angústia. Nesse caso, o homem desafetado estaria ainda mais sozinho com seu mal-estar, sem sequer poder comunicá-lo” (Barros &

Moschen, 2014, p. 161). Fato que me parecia não ser o caso de Clay, que, em alguma medida, localizava algo do seu mal estar, que passou a ser uma via de direção do tratamento (Simões, 2011). Seldes (2019) contribui trazendo que

“O trabalho proposto na urgência subjetiva não é senão uma exploração, uma investigação clínica para bordejar esses pontos nos quais uma certeza foi encontrada, nos quais se produziu um desabrochamento selvagem entre a cadeia significante e o gozo pulsional. Uma investigação que realizada em um laço discursivo permite que o sujeito capte a causa dessa ruptura e a ponha a trabalho” (Seldes, 2019, p. 43, tradução nossa).

Este contexto também aponta para algo do tempo lógico, frisado por Lacan (1964/2008), dimensão a partir da qual se opera na urgência subjetiva. A modalidade do tempo é um tema central na clínica da urgência, onde o sofrimento psíquico se torna fruto de uma degradação temporal entre o instante de ver e o momento de concluir, fazendo desaparecer o tempo de compreender (Seldes, 2019); tempo este que corresponde ao tempo da elaboração, que, na urgência, fica escamoteado porque há uma pressa do sujeito como saída possível frente ao insuportável do encontro com o real, que configura o instante de ver – “é na urgência do movimento lógico que o sujeito precipita seu julgamento e seu ato. Esta é a função da pressa” (Machado, 2011). Bassols (2015) também vai dizer que

“É um tempo subjetivo, o tempo que falta para que o próprio sujeito se localize no que pode dizer da experiência traumática que o tem levado à urgência. É o tempo para perguntar-se: que sou e onde estou no que digo? Quando este tempo chega a produzir-se, então o que angustiava toma a forma de um sintoma tratável” (Bassols, 2015, p. 12, tradução nossa).

Ao trazer sobre a dificuldade que era a sua vida, Clay resgatou seus impasses em conseguir se manter nas relações, destacando que *ou as pessoas não ficavam ou morriam*, e que durante sua vida *sempre foi assim*. Atualizou outros fins de relacionamento e fez uma sutil marcação de que era algo que se repetia. Contou que seu filho também tinha

morrido, *de forma trágica*, apresentando expressiva mobilização emocional, destacando, que mesmo doente no hospital não tinha ninguém para ficar com ela. Em continuidade da sua fala, trouxe: *sem os amores não tem vida*. E em seguida fez uma questão, não endereçada a mim, mas como algo de uma elaboração em curso. *Como vou viver se todo mundo que eu amo não está mais aqui?* E logo concluiu: *Eu sou sozinha no mundo, João*.

### **Segundo momento: Uma memória para nunca mais esquecer**

*Sozinha* foi um significante que apareceu durante os atendimentos com Clay. Intervi, em um tom acolhedor, perguntando se ela já tinha se sentido sozinha em outros momentos da sua vida, em uma espécie de edição da redação do sujeito (Sotelo, 2015), o que produziu um efeito de historização. Trouxe histórico de vivência de contextos de violências, a vida difícil desde a infância, ser uma mulher parda<sup>6</sup> da periferia, a dificuldade financeira, a moradia precária, o passar fome, questões que se estendiam até o momento presente. Destacou que a solidão sempre esteve com ela, tinha passado por momentos difíceis por ter ficado muito tempo sozinha, porque os pais e familiares mais próximos precisavam sair para trabalhar.

Trouxe conteúdos relacionados aos seus pais, da ausência paterna que lhe atravessou desde muito pequena e a ligação forte e ambivalente que tinha com a mãe. E finalizou dizendo que o momento que mais se sentiu sozinha na vida foi quando o filho morreu. Percebi, no atendimento, que Clay não dava conta de adentrar naquele conteúdo no momento, e qualquer intervenção a mais que eu fizesse poderia ir muito para o real e romper o que já tinha sido construído, ainda mais que a transferência ainda estava incipiente. Fiquei em silêncio e depois contornei. Inclusive me interroguei, antes de fazê-la, se a pergunta que fiz sobre se sentir só em outros momentos da vida não seria muito precipitada, mas fiz uma aposta, que parece que gerou efeitos. Ratti & Estevão (2016) vão trazer que

---

<sup>6</sup> O quesito raça/cor passou a ser obrigatório nos sistemas de informação em saúde a partir da Portaria N° 344/2017. O Estado, enquanto ente que regula as desigualdades sociais, opera a partir de categorias objetivas para estudar e compreender alguns fenômenos da sociedade. A não declaração e/ou não preenchimento do quesito raça/cor, impacta nestes estudos e afeta diretamente no estatuto da igualdade racial e nas ações afirmativas.

(...) numa situação de urgência, o psicanalista não tem a transferência do sujeito, pois, na maioria das vezes, é um primeiro encontro; e também não pode contar muito com o simbólico do sujeito, pois houve uma abertura maior para o real. Lacan enfatiza que podemos, então, contar com a identificação, pois a identificação sempre é de um pedaço, de uma parte, de uma borda, um primeiro laço (...) O psicanalista pode intervir e alinhar, fazer uma sutura, momentânea, porém eficaz para as primeiras manobras nas situações de urgência (...) utilizando um recurso imaginário (Ratti & Estevão, 2016, p. 4).

Nos atendimentos subsequentes Clay continuou trazendo sua experiência de adoecimento, falando que os pensamentos de morte tinham diminuído, mas que ainda pensava sobre isso. Em urgência, o sujeito vivencia um efeito de mortificação, justamente por não conseguir se representar, em virtude da ruptura da cadeia significante. Esse efeito de mortificação vivenciado, pode fazer com que o sujeito vá para o momento de concluir pela passagem ao ato ou pelo *acting out* (Seldes, 2006). Diante disso, o autor ratifica sobre o quanto é necessário, nesses casos, ter prontidão interventiva, e que no manejo clínico apareça para aquele sujeito que está em sofrimento, um destinatário da sua urgência: “Se a urgência não se dirige a um, se dirige a todo o mundo. Que o psicanalista se deixe usar como lugar vazio em que esse gozo encontre um espaço para sua elaboração, quer dizer que se ofereça como destinatário da urgência” (Seldes, 2006, p. 35-36, tradução nossa). Desse modo, circunscrever a urgência numa relação transferencial possibilita o aparecimento da demanda e o processo de endereçamento, havendo a transição de uma contingência que se movimentava pela via da generalização para a via da palavra (Almeida & Aires, 2023; Almeida & Aires, 2024).

Em continuidade do seu discurso, retomou alguns aspectos que tinha falado nos atendimentos anteriores, revisitou seu histórico de saúde e contexto familiar, até que algo da transferência apareceu ao me perguntar se eu achava, diante de tudo que tinha me falado, se ela teria salvação: *Você acha que eu ainda tenho salvação?* De acordo com Freud (1905/2016), a transferência se manifesta como uma espécie de retorno a aspectos subjetivos que possuem grande carga afetiva, diante dos quais o analista é incluído em um desses acontecimentos. Decat (1996) vai nos dizer que em uma vivência de urgência, algo da pressa se apresenta para o sujeito, de modo que “observamos na prática a rapidez

com que se instala a transferência em situações de urgência, e quando esta se instala o sintoma se situa no espaço da cura” (Decat, 1996, p. 15). Rinaldi (s/d) adverte que

A presença do analista procura assegurar ao analisando que tomar a palavra não será em vão, algo se associará e algum saber será elaborado. No entanto, a situação analítica trará a ilusão do analisando de que este saber, o saber do inconsciente, de alguma forma está contida no analista. Essa é a própria transferência em vigor. (Rinaldi, s/d).

Recebi a demanda endereçada, porém devolvi a pergunta, não respondendo-a, ao que ela trouxe: *Lembra que eu te falei que meu filho morreu? Toda mãe quando perde um filho fica com essa dor pro resto da vida.* Perguntei se ela conseguia me dizer como era essa dor que ela sentia, no intuito de fazer o significante deslizar, além de favorecer a singularização da experiência, afinal não era qualquer dor nem a dor de todas as mães, era a dor de Clay.

Verbalizou que tentou se matar pela primeira vez quando seu filho morreu, destacando que foi o momento mais difícil da sua vida. *A cena não sai da minha cabeça até hoje, eu me lembro da última vez que a gente se falou e vi como aconteceu.* Fiquei em silêncio para ver se surgiria algo mais, ao passo que trouxe uma grande sensação de culpa ao dizer que deveria ter sido uma mãe mais presente. Sutilmente pontuei que ela tinha feito o que era possível para ela, com o intuito de fazer com que esse sentimento de culpa fosse minimamente diluído.

Compartilhou a importância do filho na vida dela, seu único filho, e que mesmo com as dificuldades financeiras, era ele quem dava forças para ela continuar a viver. *Ele era meu companheiro de vida, com ele eu não me sentia tão só. Mas eu não conseguia ser tão presente com ele, eu acho que eu fui uma mãe ausente, da mesma forma que meus pais foram comigo.* Podemos pensar, a partir desta última fala, que houve uma construção sobre a experiência de adoecimento feita pela paciente, ao se dar conta de algo da relação com seus pais se repetia nas suas vivências, o que também aponta para algo da identificação. O sujeito faz construções sobre o que lhe acontece, o que, antes, estava na ordem do não dito, e, portanto, do desconhecido (Miller, 2010).

Freud (1921/1992) destacou que a identificação aparece como um mecanismo psíquico primitivo diante do qual o sujeito expressa sua ligação afetiva com o outro, sendo

um componente constitutivo do ego e tendo como uma das formas de manifestação, a existência de pontos em comum compartilhados, vindo a surgir um laço emocional. Com isso, a partir de pontos em comum entre a sua vida e a de seus pais, Clay se identificou com essas histórias, representando-se em seu corpo como fonte de sofrimento (Freud, 1921/1992). A identificação apontada por Clay também traz a dimensão do saber em psicanálise, que está diretamente relacionada aos fenômenos do inconsciente, portanto, desconhecidos para aquele ou aquela que enuncia.

Nesta perspectiva, além das repetições, – os chistes, os sonhos, os lapsos, os atos falhos, as contradições – formas de manifestações do inconsciente –, são bússolas que guiam o praticante da psicanálise na condução de um caso quando estes aparecem na escuta, sendo pontos a serem investigados e trabalhados, emergindo, a partir daí, conteúdos importantes do sujeito em sua divisão, fazendo com que a clínica se presentifique genuinamente e alguma mudança ocorra, ainda que a longo prazo. Costa e Costa-Rosa (2018) vão dizer que “a urgência elevada ao estatuto de subjetiva pelo posicionamento de quem está no lugar de escuta pretende, a partir da oferta de uma experiência analítica, apostar no sujeito, transportando-se à ‘Outra cena’, a do inconsciente” (Costa & Costa-Rosa, 2018, p. 49).

Os conteúdos trazidos por Clay neste atendimento trazem à tona dois pontos importantes de serem destacados: (1) A questão da culpa, que, associada ao trabalho de luto, aparece como uma via dificultadora. A culpa é um afeto muito comum, que ao mesmo tempo pode se apresentar como algo inesperado para o sujeito e que o paralisa, impactando no processo de elaboração psíquica, ao passo que é uma experiência afetiva percebida como incapaz de ser reparada, manifestando-se, muitas vezes, como uma certeza inquestionável. Esse afeto tem como um dos efeitos a ruminação do pensamento em relação à perda, dificultando a elaboração (Doka, 2016; Camacho et al., 2018; Eisma et al., 2020). Fiquei advertido de que, para além das especificidades do caso em si, essa questão do luto e da culpa também anunciavam uma demanda de continuidade do acompanhamento psicológico.

E (2) a demanda de presença que também apareceu na sua relação com o filho, como alguém que também ocupava a função de fazer companhia, de não deixar só. Fica explícita, e não pra menos, a lacuna que ficou na vida de Clay em relação ao filho, e a experiência de desamparo pela falta da figura desse filho, como também, pela ausência dos seus pais. Birman (2019) vai trazer o desamparo como uma experiência da ordem da alteridade, uma mediação que chama o Outro, na qual se produz um endereçamento de

uma demanda, podendo pensar, no caso, um processo de transição do que antes estava na ordem do desalento.

Com intervenções feitas com a finalidade de abrir o discurso, Clay retomou a morte do filho nos atendimentos seguintes, com sentimento de angústia acentuado ao entrar em contato com tal conteúdo. Pôde falar, então, que seu filho *se jogou* na frente do carro e que ela presenciou o momento: *A cena não sai da minha cabeça até hoje, acho que eu nunca vou esquecer. Ter memória também é ruim, queria esquecer.* Na cena presenciada, também destacou a intensa buzina do carro que acertou seu filho e o grito das pessoas na rua que também estavam no momento do ocorrido: *Até hoje quando eu escuto muito barulho eu lembro do meu filho e desse dia.* Tal ponto pode apontar para algo da dimensão do trauma e a sua singularidade, que no caso de Clay, parece que se tratava de algo estrondoso, que foi a própria cena da morte do filho, como também de outros aspectos que compuseram a cena, como a buzina do carro e o grito das pessoas (Berta, 2015; Guzmán & Derzi, 2021). Marquei, também para destacar a singularidade, que era de fato uma situação muito difícil e dolorosa, porque ela não só perdeu um filho, como também o viu morrer.

Podemos inferir que esses componentes traumáticos da vivência experienciada por Clay, podem ter sido os elementos que levaram o sujeito à urgência, com uma invasão de estímulos externos que romperam com a barreira protetora do aparelho psíquico, perdendo o seu equilíbrio (Batista & Rocha, 2013). A primeira tentativa de suicídio foi justamente relacionada à morte do filho, o que direciona para algo que escapou à programação e fez furo no simbólico, deixando Clay diante de um excesso que não pôde ser assimilado (Sotelo, 2015; Seldes, 2019). Nesta perspectiva, foi importante apostar em intervenções que direcionassem para a elaboração desse luto, favorecendo a construção de contornos e de formas de se relançar na vida.

No entanto Clay não conseguiu produzir tanto sobre este ponto, o que esbarrou em um limite no que tange ao processo de elaboração psíquica destes conteúdos em um contexto e tempo mais restritos; contudo, ainda assim, foi possível identificar o apaziguamento da angústia e o desaparecimento dos pensamentos de morte nos atendimentos posteriores. Rodrigues & Muñoz (2020) vão trazer que “as intervenções realizadas [...] se dão na direção de fazer com que estes sujeitos possam historicizar a angústia aguda da qual padecem, colocando palavras no curto-circuito que vai da angústia diretamente ao ato” (Rodrigues & Muñoz, 2020, p. 96).

Essa perda, que instaurou uma urgência e desestabilizou a posição do sujeito diante do Outro, pode ser interpretada e lida como um acontecimento (Almeida & Aires, 2023). O acontecimento está relacionado a algo fruto do encontro que não estava inscrito previamente em nenhuma lei (Mandil, 2014). Segundo Horne (2014), o acontecimento “cria a temporalidade, marcando o momento, o antes e o depois” (p. 36) e, “como imprevisível e incalculável, abrange uma dimensão de não saber” (p. 37). Almeida e Aires (2023), que também discutiram um caso de um sujeito em urgência no contexto hospitalar, destacam que

A princípio, uma dimensão da direção do tratamento nesta clínica é ensejar uma subjetivação da urgência através de uma modalização do tempo que permita ao sujeito restituir a cadeia significativa, ocasionar uma perda de gozo e inscrever em sua experiência o que teve valor traumático (Almeida & Aires, 2023, p. 11).

A subjetivação da urgência possibilita uma mudança do adoecimento como um acontecimento e experiência disruptiva, para a experiência singular. Moretto (2019) pontua que “a clínica psicanalítica, então, é essa que (...) constrói o caminho para a subjetivação, que eleva o acontecimento, passível de ser descrito, ao estatuto de uma experiência que produz saber singular” (Moretto, 2019, p. 59). E essa transição para a experiência singular só é possível com a abertura do tempo lógico:

Quando assinalamos a urgência, a assim chamada subjetiva, advertimos que ela é subsidiária da dimensão temporal, tanto em seu surgimento como em sua resolução [...] A urgência pode ser escandida no encontro com um analista, seccionada, fragmentada em momentos, em tempos lógicos (Seldes, 2019, p. 20, tradução nossa).

No atendimento com Clay, a minha escuta favoreceu a singularização da experiência e representou um testemunho da sua dor, atribuindo um lugar àquilo que lhe estava acometendo, evidenciando, mais uma vez, a alteridade como contrapartida clínica nas situações de urgência subjetiva (Moretto, 2019; Almeida & Aires, 2023). A alteridade

assume grande importância, tanto no processo de produção, como também de não produção de vivências traumáticas, portanto, a presença do analista como oferta de alteridade, “é porque ele sabe da importância de sua presença atenta ao reconhecimento da experiência do sofrimento como facilitador para o necessário processo de elaboração de lutos” (Moretto, 2019, p. 23) . A autora completa que o analista

sabe também que o que confere o caráter de traumático a uma experiência é, sobretudo, o fracasso de seu testemunho frente a um outro que não está disponível e que, por meio de sua indiferença em relação à experiência de sofrimento, também o desautoriza, transformando o que antes era o indizível da dor em experiência inaudível no campo da alteridade (Moretto, 2019, p. 23).

Nesse sentido, a escuta do sujeito em questão também estava pautada na atenção em não produzir e agregar mais experiências traumáticas.

### **Terceiro momento: Entre fatos e sussurros**

“Os fatos são sonoros, mas entre os fatos há um sussurro.  
É o sussurro o que me impressiona”.  
(Clarice Lispector)

O que extraí dos atendimentos subsequentes foi em relação ao manejo da transferência. Percebi, em certas ocasiões, que quando eu chegava ao leito para atendê-la, ouvia frases como: *que bom que você veio; estava te esperando; cheguei até a pensar que você não vinha hoje*. O que fez me questionar quanto ao lugar em que Clay me colocava na transferência, uma vez que marcou a possibilidade da minha ausência, ausência essa que também aparecia através da figura dos pais e do filho, o que apontava para uma demanda de presença e cuidado.

Clay me convocou a estar ali presente e deste lugar eu a convoquei a falar. O teor do seu discurso tinha mudado, passou a apresentar conteúdos relacionados a planos de vida e retorno para sua casa, sinalizando, com alegria, que tinha conseguido contato com uma amiga, que se dispôs a morar com ela um tempo quando saísse do hospital.

Aproveitei que a questão da alta hospitalar tinha aparecido em sua fala e conversei sobre encaminhamento e continuidade da assistência em saúde mental, mostrando-se receptiva quanto a este aspecto.

Ao final dos atendimentos, Clay passou a me agradecer e dizer que agora eu fazia parte da família dela: *você agora é da minha família, João. Você é tão bonzinho, você é meu filho*. Senti um embaraço ao ouvir aquelas palavras, e ao mesmo tempo um mal estar, o que me advertiu de que algo ali me atravessou. Tive dificuldade no manejo, sobretudo porque essas falas se tornaram frequentes durante os atendimentos. Clay também direcionava algo semelhante à equipe, também colocando alguns profissionais no lugar de uma família. Estava advertido de que Clay, em alguma medida, ainda estava me colocando no lugar de mais um da equipe, com a transferência ainda em construção. Meirelles (2012) em seu artigo sobre o manejo da transferência, vai nos dizer que

O laço particular que cada sujeito institui com o analista antecipa um Outro ao qual o sujeito se relaciona de modo inconsciente, e que, constata-se no decorrer das análises, está implicado na própria questão que o faz buscar tratamento. Se esta antecipação ocorre em qualquer relação social, no laço psicanalítico ela se distingue por ser a própria matéria de que se deve tratar, e o que fornece a condição de sua operação (Meirelles, 2012, p. 125).

Levei o impasse para a supervisão, buscando evitar que as minhas tendências subjetivas guiassem a condução do caso, onde pontuei a minha insegurança e dificuldade em manejar aquela demanda frequentemente endereçada. A supervisora me perguntou o que eu sentia dificuldade ali, o que me fez pensar na minha relação com as demandas de amor que são endereçadas a mim, bem como nas minhas questões com minha própria mãe, uma vez que Clay, uma mãe, colocara-me no lugar de filho. Diante destas questões, percebi que o sujeito poderia me colocar no lugar onde quisesse, eu que teria que estar advertido de não responder dali. E, no caso de Clay, o manejo extraído em supervisão foi de que, quando essas falas aparecessem, seria importante eu ir pela via do fazer profissional.

Portanto, nos atendimentos, quando ela me agradecia me chamando de filho, pontuava que o que eu estava fazendo era intrínseco da minha prática, que a minha profissão funcionava daquele modo, o que surtiu efeito, com esses direcionamentos se

repetindo menos, até cessarem. Isso abre o leque para a importância do tripé analítico – análise, supervisão e estudo teórico –, a fim de produzir efeitos e ir em direção ao objetivo da psicanálise. Não há trabalho ético com o inconsciente sem a interseção desses três pontos, que juntos, possibilitam a transmissão e o fazer psicanalítico, com trocas simbólicas geradoras de mudança e com efetiva inclusão da singularidade (Vorcaro, 2018; Moretto; 2019).

Enquanto praticante da psicanálise, recorri à escrita, depois de já ter encerrado o caso, como via de elaboração frente a respectiva condução, os atravessamentos enquanto sujeito e as minhas próprias urgências. Com licença poética, compartilho o devaneio que surgiu:

“Tenho percebido que os aprendizados oriundos da prática clínica são uma das vias de sustentação para quem escolheu a escuta como ofício. Quem é da área certamente ouve ou já ouviu que os pacientes que chegam pra gente não são qualquer um.

Uma mulher, por exemplo, que acompanhei por um tempo, falava, em um leito de hospital, sobre sua experiência de adoecimento, extrapolando, olha só, a questão do sofrimento pela doença. Em uma narrativa inédita, ela me endereçava o seu desamparo de vida. E em todos os atendimentos ela me agradecia e dizia que eu era o filho dela.

(...)

Ser chamado de filho dizia muito sobre a história daquela mulher, que escutei durante os nossos encontros. E a escuta de mim mesmo foi imprescindível. Eu não era filho dela... Ela poderia me colocar em todos os lugares e nos lugares onde ela quisesse. Eu que tinha que estar advertido de que minha função ali era outra.

Mas como foi difícil fazer recusa de uma mãe...”

No dia da sua alta hospitalar, retomei novamente o diálogo sobre a importância da realização dos acompanhamentos em saúde mental, e realizei encaminhamento externo para o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do seu território. Por se tratar de uma paciente que ainda estava em vulnerabilidade psíquica e possuía fatores de risco importantes, entrei em contato com a instituição, verifiquei o fluxo de atendimentos e tive o cuidado em colocar, na descrição da ficha de contrarreferência, a necessidade de atendimento em tempo hábil, justificando tal motivo. Isso em diálogo conjunto e com anuência da paciente, uma vez que, além das questões éticas propriamente ditas, o progresso de um tratamento que não abona a subjetividade pode ser possível dispondo de um tempo para pensar as condutas de um caso conforme as questões que o

sujeito direciona, incluindo-o no processo de cuidado, fazendo com que tal tratamento seja munido de decisões compartilhadas (Miller, 2010; Moretto, 2019).

Como foi visto, Clay era atravessada por diversos marcadores sociais que também lhe colocavam em condição de vulnerabilidade social. Seincman & Rosa (2021) trazem em sua pesquisa sobre a importância de considerar, no processo de construção do caso clínico, os contextos de urgência social, abordando a responsabilidade que a psicanálise precisa ter frente a essas questões: “Nesse contexto em que predomina a busca por condições básicas de sobrevivência, defendemos que a psicanálise tem o seu lugar e a sua importância, pois pode explicitar as incidências subjetivas presentes onde faltam condições sociais concretas de existência” (Seincman & Rosa 2021, p. 3). As autoras vão destacar que:

Chamamos de urgência social as situações que englobam duas esferas de incidência sobre o sujeito: não se trata simplesmente de carências materiais ou de algo que aquele sujeito viveu e que não foi capaz de elaborar, mas também das tramas de poder em que ele foi enredado (Rosa, 2016), por conta de sua crença religiosa, de sua classe social, de falta de acesso a direitos, cor de pele etc. São situações que carregam a densidade da articulação entre um sujeito desamparado – pois socialmente excluído do laço, ou em posições objetificantes no laço com o outro – e um conjunto de discursos sociais que naturalizam e justificam a sua exclusão. A urgência social se diferencia de outros tipos de urgência, pois implica um emaranhado social que exclui o sujeito da possibilidade de se posicionar no laço, onde poderia estabelecer contato com o outro (Seincman & Rosa 2021, p. 3).

Afirmam, ainda, que a urgência social pode desencadear a urgência subjetiva, repercutindo na construção dos vínculos sócio-afetivos, no processo de alteridade e na relação transferencial:

Quando isso ocorre, a dimensão psíquica da urgência se manifesta. Seja pela angústia ou pela concretude com que expressa as suas queixas, fica em primeiro plano uma dimensão

objetivada, tida como sendo unicamente da necessidade – como se aquilo que se necessita não estivesse ligado à importância de seus planos, dos desejos e da força que teve para superar as adversidades do caminho. Observa-se nesses casos um abalo narcísico que leva a impasses no laço com o outro, no endereçamento ao outro e, portanto, na transferência (Seincman & Rosa 2021, p. 3).

No caso de Clay é possível inferir que tais aspectos tenham interferido para o surgimento de uma dor fechada em si mesmo, sem abertura ao campo do outro, e uma condição de desalento (Birman, 2019), tendo em vista que havia, em sua vida, questões da interseccionalidade e marcadores sociais, bem como necessidades básicas que não foram supridas – o real da necessidade –, e que podem ter se sobreposto a sua história, seus desejos, dores e afetos ao longo do tempo (Seincman & Rosa, 2021). O território está no hospital, e não há como descolar e nem deixar de levar em conta estes aspectos neste contexto, o que reforça mais uma vez, que também somos responsáveis pela produção (ou não) de experiências traumáticas, caso estejamos advertidos e sejamos testemunhos disso, ou não (Moretto, 2019). E esses aspectos sempre me fazem revisitar o meu lugar enquanto um praticante da psicanálise homem e branco, que também pode gerar um efeito de silenciamento no sujeito pela minha própria presença e corpo de privilégios sociais (Bertin, 2023).

#### **Quarto momento: A prática entre vários**

Desde a chegada de Clay na unidade, foi possível identificar e escutar um meio-dizer que circulava entre alguns membros da equipe sobre o seu comportamento e o motivo da sua internação. Alguns profissionais se dirigiram até a mim para perguntar se eu já estava no caso e com falas que giravam em torno de: *“muito sofrimento ali, né, João? É muita coisa”*. *“Ela é depressiva, fica chorando o tempo todo”*. *“Toda vez que eu vou lá ela fica conversando bastante e quer que eu fique o tempo todo com ela, chega dá pena”*. *“Ela tem algum problema, né?”*. *“Ela não é normal”*. *“João, vá lá ver sua paciente para ela parar de chorar”*.

A cada novo plantão, alguém chegava até a mim e direcionava alguma questão em relação a Clay, o que aponta para algo de um mal estar coletivo, como também mostra

que uma situação de urgência produz mobilização na equipe, e repercute no processo de cuidado do paciente, reiterando que a urgência não afeta só o sujeito, como também os profissionais e a própria instituição (Sotelo, 2015). Os atendimentos com Clay também foram atravessados pelas questões mobilizadas na equipe multiprofissional, frente à subjetividade que se apresentava de forma efervescente, o que configura o caráter da clínica das urgências (Sotelo, 2015), demandando uma interlocução minha em relação às demandas que me eram endereçadas. Lacan (1966/2001) faz referência à não consideração do sujeito em sua dimensão no campo da medicina com o corpo. Ao partir da perspectiva do corpo-organismo que é medicado, examinado, radiografado, tudo o que foge desse modelo passa a ser uma questão a ser corrigida, retirada: “é por isso que aquilo que estava confuso, velado, mesclado, embaralhado, antes de determinadas rupturas, aparece agora de maneira fulgurante” (Lacan, 1966/2001, p. 11).

O significante *depressiva* circulou bastante entre a equipe, ao passo que me era demandado ir atender para melhorar o humor da paciente. A partir daí, perguntava e pontuava que se ela parasse de chorar e de falar, se ela silenciasse, como iríamos continuar ofertando o cuidado? Interroguei também a alguns profissionais o porquê que o choro e a tristeza significavam depressão, ofertando um espaço de fala e escuta, de onde também apareceram em suas narrativas questões e anseios em torno da solidão e estar só no mundo, sendo possível, assim, identificar de qual lugar vinham os endereçamentos.

Moretto (2019) aponta que a subjetividade, que comumente sofre com a tentativa de retirada pelo saber científico, retorna pela via dos afetos que o caso desperta, causando repercussões nas condutas. A angústia de Clay angustiava a equipe, que a lia a partir das insígnias dos *pathos* e de taxonomias médicas, como um modo de apresentar um saber frente ao não saber que o sofrimento singular de Clay mobilizava. Borges (s/d), Figueiredo, Guerra e Diogo (2006), em um trabalho desenvolvido na atenção psicossocial, trazem a aposta na prática entre vários, podendo também pensar no contexto do hospital, e fazem uma diferenciação desta com a equipe multidisciplinar. Esta última, associada a um trabalho conjunto, no qual há a interseção entre diversas áreas, mas instituindo um saber à priori sobre o sujeito, e a primeira, como um lugar mais esvaziado, que pode ser construído a partir do processo de transmissão, com a responsabilidade transferencial sendo distribuída por todos, e com saber prévio diluído a “fazer caminhar um coletivo não-todo da equipe, sustentando um certo vazio de saber” (Figueiredo, Guerra, Diogo, 2006, p. 138):

Equipe multidisciplinarPrática entre nós

Projeto terapêutico individual



Construção do caso clínico

Em relação aos comentários da equipe sobre as demandas de fala e de presença que Clay apresentava, é possível pensar no lugar do desejo do Outro (Lacan, 1958-1959/2016). O não reconhecimento pelo pai, o se sentir só na vida, a perda de um filho e uma dor sem nome, o não ter arranjo familiar, foram fatores que fizeram Clay demandar presença e colocar os profissionais no lugar de família. Quem perdeu um filho precisa ser mãe de alguém, quem não tem mais família precisa que alguém ocupe esse lugar, quem se sente só tem sede de presença.

Tais situações trazem ao palco o atravessamento da subjetividade na instituição de saúde – seja ele vindo do paciente, da família ou da própria equipe –, quase sempre como algo que interfere na continuidade harmônica dos procedimentos e propostas de cuidado, sendo acionada a intervenção do praticante da psicanálise para excluir ou consertar aquilo que é difícil de manejar, com a subjetividade escancarando, portanto, o desafio da equipe em lidar com o que não contempla o discurso hegemônico da medicina, sendo prescindível estarmos advertidos de que nosso lugar não é o de contribuir com o apagamento do sujeito (Clavreul, 1983; Moretto, 2019).

Cabe salientar que também tive dificuldade em intervir com a equipe, uma vez que o processo de transferência de trabalho ainda não estava estabelecido: ainda tinha pouco tempo que eu estava atuando naquele setor, as pessoas ainda estavam me conhecendo, e a equipe também estava enlutada, visto que, antes de eu passar a compor aquele time, havia outra colega que trabalhava na unidade e que, pelos relatos, parecia ser alguém com a qual a equipe era bastante transferida. Fatos que também me exigiram um esforço para sustentar o meu fazer, que era diferente da outra colega, como também de construir algo com aquelas pessoas, o que, em alguma medida, demandava tempo e presença.

Moretto e Prizskulnik (2014) apontam sobre a diferença entre encaminhamento e demanda, demarcando que nem todos os encaminhamentos carregam em si uma interlocução com o desejo de saber sobre a subjetividade, cabendo, com isso, ao analista, fazer uma análise sobre as demandas oriundas da equipe e atuar sobre elas, possibilitando o surgimento de uma relação transferencial, podendo, assim, intervir e possibilitar a

transmissão da psicanálise. Desta forma, a inserção do analista em uma determinada equipe não é o mesmo que a entrada nela, tratando-se, pois, de um lugar que deve ser construído e que não vem pronto de saída (Moretto & Prizskulnik, 2014). A inserção, dessa forma, é o decurso de construção desse lugar, uma ação psíquica que abrange o campo do Outro, fértil para a transferência de trabalho, não significando, necessariamente, que a entrada na equipe corresponde à inserção, assim como a inserção não corresponde a entrada (Moretto & Prizskulnik, 2014).

Também é de suma importância destacar, aqui, que, antes de qualquer manejo, precisei dialogar sobre o modo de operar o trabalho. Dialogar com os meus e as minhas colegas de unidade. Precisei fazer um esforço, uma vez que dialogar entre pares, pares que apresentam discursos e expertises diferentes, demanda um trabalho psíquico, que se potencializa com os atravessamentos institucionais e processos de trabalho.

Diante do alto risco de suicídio que Clay apresentava, sobretudo nos primeiros dias de internação no setor, convoquei a equipe presente para um feedback, orientações e discussão de caso. Compartilhei sobre a condição de vulnerabilidade psíquica que a paciente apresentava, a ideação suicida, arranjo familiar frágil, e os cuidados que precisávamos ter enquanto equipe. Pontuei e reiterei sobre redobrar a atenção em não deixar objetos perfurocortantes visíveis durante os procedimentos assistenciais e nem no quarto, a necessidade de transferir para um leito mais próximo ao posto de enfermagem, bem como o reforço da vigilância psíquica e acolhimento. Depois de um tempo localizei as profissionais com as quais Clay tinha mais vinculação para dialogar sobre as possibilidades de ampliação de cuidado. Antes disso, dialoguei com Clay que precisaria compartilhar algumas informações com a equipe a fim de intensificar e planejar maior cuidado – e tive a sua anuência –, mas, ainda assim, impliquei a equipe no processo de sigilo compartilhado, para minimizar os ruídos de comunicação e os meio-dizeres.

No registro em prontuário também foi importante e necessário destacar, dentro das possibilidades éticas, as questões acima descritas. Um caso com tantas especificidades não poderia constar, em registro, poucas palavras.

### **5. 1 O fazer *psi* na prática entre vários: uma breve reflexão sobre a presença da/o profissional da psicologia na equipe de saúde.**

A complexidade dos aspectos envolvidos no processo saúde-doença e na questão da multidisciplinaridade, são pontos-chaves para se pensar e discutir a psicologia no

hospital. A psicologia no contexto hospitalar, no Brasil, deu seus primeiros passos na década de 1950, com um pequeno quantitativo de profissionais atuantes e com seus aspectos conceituais e práticos ainda incipientes (Azevedo & Crepaldi, 2016). Com o passar dos anos foi se consolidando, e atualmente tem seus parâmetros de atuação definidos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da resolução nº 02/2001, diante da qual fica destacada que as atividades desenvolvidas pela/o psicóloga/a da área são regidas pela tríade, paciente, família e equipe.

A atuação frente o paciente e à família carrega um repertório mais confortável e palpável do ponto de vista do fazer da profissão, uma vez que a (o) psicóloga (o) trabalha, nesses casos, com os aspectos psicológicos em torno da experiência de adoecimento, ações que embora complexas, fazem parte do nosso processo formativo, não sendo algo da ordem do infamiliar, pelo menos não de todo. Já com a equipe de saúde, diz respeito a um campo específico, e, na teoria, a nossa atuação se mostra ampla, direcionada para uma prática voltada, sobretudo, aos processos de comunicação e suas mediações e ao compartilhamento de saberes (Tonetto & Gomes, 2007; Azevedo & Crepaldi, 2016; Cantele & Arpini, 2017); aspectos bem relevantes, mas que ao mesmo tempo deixam algumas lacunas que apontam, talvez, para a necessidade de aprimorar e revisitar o compromisso ético-político da psicologia perante a sociedade, no que tange à preservação e resgate da subjetividade.

Quais melhorias seriam essas? Quais as possibilidades da atuação da psicologia no hospital, frente à equipe de saúde?

São questionamentos que cabe inferir que não há uma resposta única e fechada, mas antes de mais nada, é fundamental estar bem consolidado em nós, qual o nosso papel na atuação no contexto hospitalar, no tripé da prática. Trabalhar os aspectos subjetivos do paciente e família é o mais pregnante, de saída, mas é importante pensarmos um fazer para além dessas intervenções e técnicas, e para isso é preciso refletir sobre o próprio ambiente de trabalho: o hospital.

O contexto hospitalar, desde o início da sua história, é dominado por um discurso biomédico sustentado por um saber que trata a doença e cuida de um corpo-organismo, trazendo a ideia da vida em primeiro lugar (Clavreul, 1983; Lacan, 1966/2001). A subjetividade, nesse espaço, ocupa uma função de impeditivo ou daquilo que causa um desajuste nos processos de cuidado, gerando impasses para a condução dos procedimentos e terapêuticas, apresentando-se como uma anomalia e como um limite de alcance de um saber (Guedes, 2007; Moretto, 2019). E quando esse limite se faz presente,

um outro saber, o saber *psi*, é convocado para intervir.

Entretanto, como tópico muito importante nessa discussão, os pedidos direcionados à psicologia no hospital, em sua maioria, visam excluir, consertar ou silenciar aquilo que é difícil de manejar. Com isso, desenha-se um ponto bem relevante sobre o nosso papel ético e político enquanto psicólogas (os) e também praticantes da psicanálise de uma maneira geral e, no caso aqui, como profissionais que atuam no contexto hospitalar: a afirmação da subjetividade nos cuidados em saúde – sujeita a tentativa de retirada –, fazendo a aposta e o compromisso com práticas que incluam o sujeito no seu processo de sofrimento (Moretto, 2019).

Nesta perspectiva, por tabela, desenha-se mais um ponto: ao trazer, trabalhar e discutir a subjetividade no hospital, a psicologia aponta para um furo no saber dominante e para um trabalho contra-hegemônico, tendo em vista um cenário que ainda caminha em direção ao apagamento da existência (Moretto, 2019). É importante termos esses dois pontos em mente e estarmos advertidos desse nosso papel e desse nosso compromisso, pois quando isso não ocorre, acaba havendo o reforço do discurso biomédico e das práticas adaptativas e de normalidade, que se afastam da singularidade de cada um (Moretto, 2019). E isso independe de linha/abordagem teórica de orientação.

Para tanto, voltando à questão da equipe, se esta, de modo geral, aciona a psicologia para consertar aquilo de subjetivo que atravessou a cena institucional, sabemos, então, o que não devemos fazer: responder desse lugar. A nossa função não é fazer o que a equipe pede, estritamente falando. Com isso, trago uma perspectiva de reflexão sobre o nosso trabalho frente à equipe e a nossa inserção, que, como visto, não é o mesmo que compor ou fazer parte dela (Moretto & Prizskulnik, 2014). Com isso, recorro à aposta na construção dos laços, ao campo da alteridade e transferência de trabalho, tão caros e importantes para as (os) que trabalham com a subjetividade, como uma dos vetores para a transformação da prática.

A partir das construções e trocas simbólicas, é possível gerar mudanças sem necessariamente haver tentativa de exclusão da singularidade, fazendo circular entre os colegas de trabalho e de responsabilidade compartilhada, algum desejo de saber sobre a subjetividade. Em termos práticos, sem dúvidas é um movimento que está longe de ser fácil de fazer operar, e que nem sempre ou quase sempre é possível, por diversos fatores, dentre eles os atravessamentos institucionais e processos de trabalho. Mas é importante termos o ideal não como principal objetivo, mas como um fazer posto no horizonte da prática, “como ideais que nos fornecem parâmetros mínimos de ação, regulados por uma

postura ética” (Cunha & Coelho, 2021, p. 2), e como forma, também, de não sucumbirmos à lógica dominante e de nos fortalecermos entre nós mesmos.

## 5. 2 Notas importantes.

Como linhas para fechamento, quais pontos importantes de serem destacados no caso Clay?

Como foi visto, Clay vivenciou e se deparou com a angústia ao se confrontar com o sentimento de solidão no mundo. Embora tenha tentado tirar a sua própria vida duas vezes, o ato cometido que lhe levou à internação quase não apareceu em seu discurso durante os atendimentos. É possível inferir que apontava para algo dos rompimentos dos laços sócio-afetivos, que lhe lançava a estar só, uma vez que, também, a experiência de adoecimento a fez atualizar a perda dos pais e do filho. Clay teve suas referências subjetivas rompidas ao também se confrontar com a morte do filho, o seu único familiar ainda vivo, o que fez se interrogar sobre esse instante de ver, o de como viver sem ninguém que ama, passando ao momento de concluir, sem o tempo de compreender, de que era sozinha no mundo. Tais condições demandaram um espaço de escuta com o objetivo de minimizar a angústia frente a algo tão insuportável.

Com isso, o que o meu corpo, o que a minha presença sustentou na relação? E quais as articulações com a urgência subjetiva?

Clay vivenciou uma experiência de urgência, com ruptura da cadeia significativa, diante da qual, como saída, passou ao momento de concluir colocando em cheque a sua própria vida. A minha presença como oferta possibilitou uma pausa lógica e a subjetivação da urgência, com retomada à cadeia de significantes, através do intervalo entre eles, reforçando a questão da alteridade, uma vez que o significante, primeiramente, encontra-se no campo do Outro (Lacan, 1964/2008; Sotelo, 2015). Pode-se pensar que no caso em questão, os significantes amarrados pela angústia foram recalçados, dificultando o processo de elaboração, mas com o reposicionamento na cadeia discursiva, a angústia passou a ser um sintoma posto a trabalho (Bassols, 2015).

Posta a trabalho, a angústia presente em Clay foi ganhando contorno, e durante o seu período na enfermaria foram trabalhadas questões que apontaram para uma demanda de presença e cuidado que passava pela relação com a família, o que lhe possibilitou fazer uma construção acerca do seu adoecimento, ao se dar conta de que agiu com o seu filho da mesma forma que os pais foram com ela, podendo pensar no processo de identificação

(Freud, 1921/1992).

A atualização da morte do filho também trouxe sobre a dimensão do trauma e o seu caráter de singularização, singularização esta representada pelo barulho da buzina do carro e do grito das pessoas, sons que ainda ecoavam e se faziam presentes (Berta, 2015). Todavia, não foi possível avançar sobre este aspecto no tratamento, não havendo a dissolução da angústia nem a libertação da cena traumática pela paciente (Fuentes, 2006), questão que direcionava para uma necessidade de continuidade da escuta. No caso em questão, o trauma que dizia respeito à medicina, era aquele fruto do trauma físico no corpo organismo (Guzmán & Derzi, 202), decorrente do acidente ocorrido; enquanto que para a psicanálise, dizia respeito a um acontecimento psíquico que tocava o real e não encontrava via para simbolização, e a atuação girou em torno de favorecer ao sujeito a construção de uma nova configuração subjetiva, tendo em vista que após uma experiência disruptiva não há a possibilidade de retorno ao estado anterior (Sotelo, 2015; Seldes, 2019)

Sotelo (2015) vai dizer que uma urgência chega ao fim quando deixa de ser algo desconhecido para o sujeito e este se situa naquilo que lhe concerne e faz uma questão sobre o seu sofrimento. No caso de Clay não é possível dizer que a urgência chegou ao fim, mas houve uma mudança na sua posição subjetiva, bem como um giro no seu discurso, que possibilitou um deslocamento do desalento para o desamparo e uma abertura ao campo do outro, fazendo com que seu sofrimento fosse apaziguado e contornado, além da singularização da experiência (Birman, 2019). Como efeitos, isso pôde ser percebido, por exemplo, na diminuição e posterior desaparecimento da ideação suicida.

A escuta guiada pelo referencial teórico da psicanálise e o estabelecimento da transferência por parte de um saber que diverge do saber médico, propiciaram o aparecimento de uma demanda diferente daquela trazida pela equipe de saúde, que ficou afetada frente às demandas endereçadas e apresentadas pelo sujeito, sendo possível pensar que tal mobilização, que em alguma medida foi endereçada para a maioria dos profissionais, tenha se tratado de um projeto de demanda ao Outro, ao lançar a alteridade em sua experiência singular (Birman, 2019).

A equipe multidisciplinar se dirigiu à psicologia em virtude de a paciente ter demandado algo que apontava para um limite do alcance de um saber. Quando esse real do organismo vivo vem à tona, causa um desajuste nos processos de cuidado, sendo convocado outro saber para intervir. Quinet (2000) afirma que o sintoma ocupa a função de signo mórbido que atribui lugar de patologia para o discurso biomédico, destacando

cuidados em saúde atravessados pela clínica do olhar sobre o corpo, sendo importante trazer que no caso em questão, a tristeza e sofrimento de Clay, não correspondiam àquilo da ordem do orgânico e do mensurável, sendo descritos por parte da equipe como “depressão”, exigindo um posicionamento e intervenção junto a estes profissionais, não na perspectiva de colocar a psicanálise como um saber a mais, mas na tentativa de construir uma nova relação com o saber.

A questão do tempo, como visto, também é um tema central e de importância na clínica das urgências, onde as dimensões do tempo lógico são bases que orientam e sustentam o manejo do analista diante do sujeito que se depara com o real (Azevedo, 2018; Seldes, 2019). Desta forma, como garantir o tempo subjetivo no hospital? Freud (1913a/1918) marca que o tratamento em psicanálise demanda um tempo, então, qual seria a contribuição do referencial analítico nestes espaços? Associado a isso, pensando no caso de Clay, como reafirmar a subjetividade diante de um tempo de tratamento relativamente curto e já quase delimitado, com o limite temporal se fazendo presente?

São questionamentos que de saída revelam um impasse quando se pensa no trabalho da psicanálise, uma vez que esta possui uma ética que é diversa da lógica do hospital. Para tanto, é importante retomar algumas questões e frisar que como primeiro passo é imprescindível que o praticante da psicanálise esteja advertido (a) do seu papel e da sua função no contexto hospitalar. Moretto (2001) sinaliza que o quesito tempo ou a falta dele não é um impeditivo para a presença da psicanálise no hospital, sendo, com isso, uma condição chave garantir a abertura para o tempo lógico, o tempo do sujeito, para que possa haver mudanças relacionais desse sujeito com o real, mesmo nas entrevistas preliminares, e não a ânsia de privilegiar um tempo cronológico que possibilite uma quantidade expressiva de atendimentos.

Em conformidade com os respectivos tensionamentos, Miller (2008) pontua que o tratamento analítico nas instituições funciona por etapas e que cada etapa possui seu acabamento, sendo possível pensar que no hospital o foco não é a transposição do *setting* tradicional e nem o processo completo de uma análise, mas as intervenções em torno de algo que é impreterível para o sujeito, como foi o caso dos atendimentos relacionados a uma condição de urgência subjetiva, possibilitando um movimento que favoreça a construção de uma questão passível de análise.

Nos atendimentos com Clay, a oferta da escuta e a abertura de um tempo de compreender, possibilitou-lhe uma ressignificação de seu laço com o outro, bordejando a experiência de angústia. Embora tenha havido uma mudança de condição subjetiva de

Clay, o curto tempo de internamento na unidade foi pequeno tendo em vista as suas demandas subjetivas, necessitando de encaminhamento externo para continuidade da escuta e assistência em saúde mental, mas o que não impediu que algum trabalho pudesse ser feito, o que atesta que apesar de o tratamento psicanalítico requerer um tempo maior, não anula a possibilidade de efeitos terapêuticos eficazes a curto prazo (Rojas, et. al, 2011).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os variados métodos clínicos existentes no campo da psicanálise, a construção do caso clínico dialoga com a experiência direta com o paciente e se apresenta, também, como um método de trabalho condizente com a prática do analista dentro das instituições de saúde (Dias & Moretto, 2017). O caso clínico foi trabalhado em intersecção com o aspecto sócio-político do sofrimento, que está integrado nos laços que favorecem o desenrolar do próprio caso (Seincman & Rosa 2021).

Neste trabalho, o ponto de partida para a construção do saber partiu do contexto clínico da prática enquanto profissional, em articulação com a teoria psicanalítica, onde a singularidade do sujeito permitiu tecer uma pesquisa que demonstrou as possibilidades clínicas no hospital geral (Almeida & Aires, 2023).

A clínica psicanalítica contribuiu com a possibilidade de outro modo de manejo frente a urgência, para que algo da subjetividade pudesse advir, com a instauração de um tempo de pausa.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi o cenário que possibilitou o surgimento desta pesquisa, favorecendo a ampliação do olhar crítico, bem como a execução de estratégias contra hegemônicas na perspectiva de cuidado, demarcando, assim, o importante papel político de fortalecer o SUS. E este trabalho, por sua vez, apresenta-se, também, como um produto de contrapartida ao nosso sistema de saúde, que também é construído por nós.

O presente estudo mostra que o caso construído direciona para a importância da afirmação da subjetividade nos cuidados em saúde (Clavreul, 1983; Moretto, 2019), sendo necessário a aposta e o compromisso com práticas que levem em conta a singularidade de cada sujeito. O trabalho em questão diz respeito a um caso específico e não compreende um modelo a ser seguido, o que aponta para um limite, uma vez que a singularidade e a teoria não são generalizáveis (Vorcaro, 2018). Mas traz, de saída, a quem interessar, perspectivas de reflexão, bem como possibilidades de proveito na construção de novos percursos de investigação, percursos esses que se fazem necessários no processo de construção do conhecimento, ainda mais em se tratando da subjetividade (Moretto & Prizskulnik, 2014).

## 6.1 O hospital é um espaço vivo

“Entre o horroroso  
e o amoroso da vida  
o banal  
a costura do dia a dia”.

(Jules de Faria. *Talvez este não seja o meu ano.*)

Como disse Sophia de Mello em seu poema, com o qual inicio este trabalho, o hospital de fato é um local onde se tem uma dor absurda e desmedida. Trabalhar no hospital é lidar diariamente com aquilo que também recalamos diariamente, mas só que dentro dele quase sempre isso não é possível, porque o sofrimento testemunhado nos coloca em confronto, sem escolha, com o nosso próprio sofrimento, com a nossa própria morte, com a dos nossos pares e dos nossos familiares. Quem trabalha nesse contexto não sai ileso. Além dos próprios impasses dos processos de trabalho, sobretudo quando se está na contra hegemonia. Desse modo, como não recuar diante de tantos desafios? Em tempos em que há uma exacerbação da indiferença e da presença fragmentada, a prática mostra que o hospital também é um espaço vivo, onde justamente os laços construídos e as parcerias de trabalho, são os que permitem sustentar o sofrimento genuíno com os quais lidamos no cotidiano. Isso faz retomar os efeitos da relação com a alteridade, cuja importância foi um dos pontos cruciais dessa pesquisa, e que também aparece aqui. O afeto dá contorno, e apostar na construção dele – no hospital e na vida –, é uma das vias que faz frear e que nos faz resistir aos ataques do real que mortifica, além de nos incentivar a não retroceder diante das situações que desafiam a lógica preeminente.

O afeto é revolucionário.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, D. N., Kyrillos Neto, F., Calzavara, M. G., Laureano, P. S., Calzans, R., & Chaves, W. C. (2020). Freud um século depois: trauma, pandemia e urgência subjetiva. *aSEPHallus*, 15(29), pp. 71-91. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146568>
- Alberti, S. (2019). Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 22(spe), 6–18. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.133>
- Albuquerque, A. S. R. de ., & Henriques, R. P.. (2022). O DESEJO DO ANALISTA NA ATUALIDADE. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 25(3), 78–86. <https://doi.org/10.1590/1809-44142022003010>
- Almeida, D. L., & Aires, S. (2024). Urgência subjetiva, tempo lógico e sintoma: perspectivas psicanalíticas. In: *Psicologia Clínica*. Extraído de [0103-5665-pc-35-2-0319.pdf](https://doi.org/10.1013-5665-pc-35-2-0319.pdf)
- Almeida, D. L., & Aires, S. (2023). A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: construção de um caso clínico. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Extraído de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/KFQqcKWNQdkdhTRVhNwh7xt/>
- Andrade, A. K. (2019). A criança com doença crônica e o hospital: as contribuições da psicanálise. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 8(14), pp. 1-13. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2316-51972019000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2316-51972019000100010)
- Azevedo, E. (2018). Da pressa à urgência do sujeito—Psicanálise e urgência subjetiva. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 7(13), pp. 208-217. Extraído de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v7n13/06.pdf>
- Azevedo, E. (2016). Não há tempo... a perder: o tempo lógico na clínica da urgência subjetiva. Dissertação de Mestrado. UFSJ, São João del-Rei
- Azevedo A. V. S. & Crepaldi M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estud. psicol.* [on-line]. 2016, 33 (4), 573-585, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X2016000400573&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2016000400573&lng=en&nrm=iso)>. (Acessado em 01/08/24)
- Barboza, E. M. O., Avelar, T. C., Torres, J. C., & Nascimento, T. B. (2019). Urgência subjetiva em emergência obstétrica de alto risco: um estudo psicanalítico. *Revista Subjetividades*, 19(3), online-12. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692019000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692019000300004)
- Barroso, S. F. (2015). Mãe simbólica e função da Mãe. *Revista Curinga*, (40), 59-72
- Barthes, R. (1987). *Aula São Paulo: Cultrix*
- Bastos, A., Zanotti, S.V. (2022). *Mal-estar no século XXI e suicídio entre jovens*. Rio de Janeiro: Faperj.
- Berta, S. L. (2015). Localização da urgência subjetiva em psicanálise. *A peste*, 7(1), pp. 95-105. Extraído de <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/30462>
- Barros, R. R., & Moschen, S. Z. (2014). Implicações éticas perante a angústia e a urgência. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 36(30), pp. 149-169. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-62952014000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-62952014000100009)

- Bassols, M. (2015). Prólogo. In Sotelo, I. *DATASUS - Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Olivos: Gama Ediciones, 2015
- Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva. *Revista da SBPH*, 16(2), pp. 25-41. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200003)
- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada – ciencia, política y clínica del trauma. In *La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma* (pp.09-29). Buenos Aires: Grama;
- Bertin, Enidelce (2023). A branquitude em discussão: formas de exclusão e de manutenção de privilégios. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, Brasil, n. 85, p. 195-200
- Birman, J. (2019). O sujeito da contemporaneidade: espaço, dor e desalento. In: Soares, A.S.F. [et. al] (Orgs.). *Discursos, interlocuções e...* Caxias do Sul: Educs
- Borges, A. (s/d). *Elementos mínimos para a construção do caso clínico na prática entre vários*
- Brasil. (2011) Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde - PNS, 2012-1015**. Brasília, DF: MS, 2011. (Série B, Textos Básicos de Saúde);
- Brunhari, M.V., & Moretto, M.L. (2013). O ato suicida e o hospital: uma clínica possível?
- Cabral, M. F. A. (2021). Algunas precisiones sobre la diferencia entre emergencia, urgencia subjetiva y padecimiento subjetivo. *Pathos*, 3(3), pp. 52-59. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pathos/article/view/34664>
- Calazans, R., & Azevedo, E. (2016). "Não há tempo... A perder": questões sobre a atuação do Psicanalista no hospital geral. *Vínculo-Revista do NESME*, 13(1), pp. 56-64. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902016000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000100006)
- Calazans, R., & Marçal, J. (2011). Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. *aSEPHallus*, 6(12). Extraído de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-699404>
- Calazans, R., & Bastos, A., (2010). Passagem ao ato e *acting-out*: duas respostas subjetivas. *Fractal: Revista De Psicologia*, 22(2), 245-256. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800002>
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11, pp. 640-652. Extraído de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/bWJgqMKJnKrzczHypcYnRsgM/?lang=pt>
- Camacho, D. Pérez-Nieto, M. A. Gordillo, F. (2018). The role of rumination in the guilt associated with bereavement according to cause of death. *Psychiatry research*, p. 1-26
- Cantele, J., & Arpini, D. M.. (2017). Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 37(1), 78–89. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001542014>
- Capanema, C. A. (2018). *Enlaces e desenlaces na adolescência*. Scriptum

Clavreul, J. Não existe relação médico-doente. (1983). In: Clavreul, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, cap. 14, p. 210-225

Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Resolução N° 001/2009*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009\\_01.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf)

Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução No 510/2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

Cordeiro, S. N., & Miranda, F. (2020). A vida por um fio: a escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3supl), pp. 132-145. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1343271>

Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2021). Considerações sobre a Ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3whcNHnf73hnt3kZFh45BWB/?lang=pt&format=pdf>

Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2018). O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. *Revista Subjetividades*, 18(2), pp. 45-58. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692018000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692018000200005&lng=pt&nrm=iso)

Costa, M. F., Costa-Rosa, A. D., & Amaral, C. H. A. D. (2016). Uma psicologia precavida pela psicanálise: a clínica da urgência na unidade de pronto-socorro. *Revista de Psicologia da UNESP*, 15(2), pp. 35-50. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1984-90442016000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-90442016000200003)

Coutinho, Marco Antônio Jorge & Ferreira, Nádia Paulo (2005). *Lacan, o grande freudiano: psicanálise passo-a-passo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 4, vol. 56

Decat, M. (1996). Psicanálise e urgência subjetiva. In: *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, pp. 3-20

Dias, E. C.; Moretto, M.L.T. (2017). A Construção do Caso Clínico como via de Transmissão da Psicanálise nas Instituições de Saúde. In: Lerner, Rogério. *Atualidades na Investigação em Psicologia e Psicanálise*. São Paulo, Blucher, p. 51-64

Dias, M. D. S. F. M., Santos, T. C. D., Moreira, M. I. R., & Riccieri, A. B. (2020). Reações emocionais frente à Pandemia Covid-19: atendimentos aos colaboradores em situação de urgência subjetiva. *aSEPHallus*, 15(30), pp. 18-25. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1152243?src=similardocs>

Doka, K. J. (2016). *Grief is a journey: finding your path through loss*. New York: Atria

Donnarumma, L., R., M., Bernstein, G., Cohen, V., & Allamprese, A. (2006). *Urgencias hospitalarias: límites y posibilidades con nuestros niños "locos"*. In: *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama, p. 143-162

Eisma, M. C. Lang, T. A. Boelen, P. A. (2020). How thinking hurts: rumination, worry, and avoidance processes in adjustment to bereavement. *Clin. Psychol. Psychoth.* p. 1-11

- Fender, W. D.; Moretto, M.L.T. (2020). Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. *Rev. SBPH*, vol. 23, n. 1
- Ferreira, L. E. (2019). Urgencias subjetivas en la ciudad de Formosa. *Anuario de Investigaciones*, 26, pp. 17-24. Extraído de [http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos\\_completos/26/ferreira.pdf](http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/26/ferreira.pdf)
- Figueiredo, A.C. (2004). A Construção do Caso Clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v.7, n.1, p. 75-86
- Figueiredo, A. C., Guerra, A. M., Diogo, D. R. (2006). A prática entre vários: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe em atenção psicossocial. In: *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p. 123-142
- Foucault, Michel. (2000). Sobre a História da sexualidade. In: Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 243 – 27
- Freud, S. (1893/1980a). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar. In S Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol.2, pp. 41-53). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1895/1950). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol.1, pp. 403-479). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In \_\_\_\_\_ *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber")*, artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913), v.10, p. 147-162. 1ª ed. Tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010;
- Freud, S. (1913a). *Sobre o início do tratamento*. v. 12. p. 164-192
- Freud, S. (1916/1980c). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise - Parte III – Conferência XVIII-Fixação em traumas- o inconsciente. In S Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol.16, pp. 323-336). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1919). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira*. (Vol. XVII, pp. 183-189). Rio de Janeiro: Imago, 1996
- Freud, S. (1919/2010). Introdução a psicanálise das neuroses de guerra. In S Freud, *História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos")*, além do princípio do prazer e outros textos (Vol.14, pp. 382-388). São Paulo: Companhia das Letras
- Freud, S. (1920/2011). Além do Princípio de Prazer. In S Freud, *Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos* (Vol.18, pp. 13-75). São Paulo: Companhia das Letras
- Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras Completas de Sigmund Freud. Buenos Aires, Amorrortu, 4. reimpr., 1992, vol. XVIII, p. 66-136*
- Freud, S. (1996). Histeria. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1888).

Freud, S. (1996). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. Primeiras publicações psicanalíticas. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. III. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1896b)

Freud, S. (1996). Carta 69. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1897)

Freud, S. (1996). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893)

Freud, S. (1996). Introdução a *A psicanálise e as neuroses de guerra*. Uma neurose infantil e outros trabalhos. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919)

Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. In Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. l. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920)

Freud, S. (2016). Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”). In *Obras completas: Vol. 6. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)* (p. 173-220; Paulo César de Souza, trad.). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1905)

Fuentes, A. (2006). El hilo de la vida. In: Miller, J.-A.; D`Angelo, L.; Fuentes, A.; Garrido, C.; Goya, A. Rueda, F. Vicens, A.. *Efectos terapéuticos rápidos: Conversaciones clínicas con Jacques-Allain Miller em Barcelona*. Buenos Aires: Paidós, p.19-24

Grostein, S. A. (2014). Freud e a atualidade do trauma. *Carta de São Paulo*, (21), 40-49

Guedes, C. R. (2007). A subjetividade como anomalia: *estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em Biomedicina*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ

Guzmán, M. C., & Derzi, C. A. M. (2021). O Trauma e seu Tratamento: Contribuições de Freud e Lacan. *Revista Subjetividades*, 21(1), e9254. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i1.e9254>

Horne, B. C. (2014). Acontecimento. In: *Scilicet: Um real para o século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum, p. 36-8

Iaconelli, Vera. (2020). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. 2.ed. São Paulo: Zagodoni

Kupermann, D. (2016). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 19(1), 6–20. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.19.408>;

Lacan, J. (1958-1959/2016). *O Seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1962-1963). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, p. 175-187;

- Lacan, J. (1964/2008). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Lacan, J. (1966) O lugar da psicanálise na medicina. *Opção lacaniana*, Rev. Bras. Intern. Psicanálise, n. 32, p. 8-14, 2001
- Lacan, J. (1973-1974). *O Seminário, livro 21: les non-dupeserrent*. (Seminário inédito).
- Lacan, J. (1981). Intervention de Jacques Lacan à Bruxelles. In: *Quarto*
- Lacan, J. (1986). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: JZE, 1988
- Lacan, J. (1998). *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*. In Escritos (pp.197-213). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1945)
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. (Marcus André Vieira, trad.). *Opção lacaniana*, 32, 8-14. (Obra original publicada em 1966)
- Lacan, J. (2007). *O seminário: Livro 23. O sinthoma*. (Sérgio Laia, trad.). Zahar. (Obra original publicada em 1975-1976)
- Laurent, E. (2004). *O trauma ao avesso*. Papéis de psicanálise, vol. 1, n.1
- Leite, A. M. (2024). Pesquisa acadêmica: a escrita na primeira pessoa do singular. *Transinformação*, 36, e246865. <https://doi.org/10.1590/2318-0889202436e246865>
- Lopes, J. P., Tomaz, J., Cruz, D., Teixeira, L., Rocha, B., & Danziato, L. (2022). atendimentos Psicanalíticos em Urgência Subjetiva: Mulheres em Situação de Violência Doméstica em Tempos de Covid-19. *Cadernos ESP*, 16(1), pp. 66-74. Recuperado de <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/578>
- Machado, M. V. (2011). *O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. Brasília, DF
- Malajovich, N. M., Vilanova, A., Tenenbaum, D., & Velasco, L. B. (2019). O manejo da urgência subjetiva na universidade: construindo estratégias de cuidado à saúde mental dos estudantes. *Interação em Psicologia*, 23(2). Extraído de <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/58547>
- Malajovich, N., Vilanova, A., Frederico, C., Cavalcanti, M. T., & Velasco, L. B. (2017). A juventude universitária na contemporaneidade: a construção de um serviço de atenção em saúde mental para estudantes. *Mental*, 11(21), pp. 356-377. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200005)
- Mandil, R.A. (2014). Há um acontecimento de corpo. *Opção lacaniana online*, ano 5, n. 13, p. 1-6
- Medeiros, Clarice, & Fortes, Isabel. (2020). Trauma e lesão: algumas articulações em psicanálise. *Tempo psicanalítico*, 52(1), 133-154. Recuperado em 13 de abril de 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382020000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000100006&lng=pt&tlng=pt)
- Meirelles, Carlos Eduardo Frazão. (2012). O manejo da transferência. *Stylus (Rio de Janeiro)*, (25), 123-135. Recuperado em 07 de agosto de 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-)

[157X2012000200012&lng=pt&tlng=pt.](http://www.isepol.com/asephallus/pdf/03%20-%20As%20urg%C3%A4ncias%20subjetivas%20de%20jovens%20universit%C3%A1rios,%20uma%20interlocu%C3%A7%C3%A3o%20Brasil-Fran%C3%A7a.pdf)

Mendes, A. A. (2022). As urgências subjetivas de jovens universitários: uma interlocução Brasil-França. *aSEPHallus*, 17(33), pp. 39-57. Recuperado de <http://www.isepol.com/asephallus/pdf/03%20-%20As%20urg%C3%A4ncias%20subjetivas%20de%20jovens%20universit%C3%A1rios,%20uma%20interlocu%C3%A7%C3%A3o%20Brasil-Fran%C3%A7a.pdf>

Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec

Miari, A. S. (2021). Notas sobre la urgencia y el sintoma. In *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-012/527.pdf>

Miller, J-A. (2008) *Efeitos terapêuticos rápidos em Psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise - Scriptum Livros

Miller, J.-A et al. (2006). Lo Real es sin ley. . In: Miller, J.-A; D'Angelo, L.; Fuentes, A.; Garrido, C.; Goya, A. Rueda, F. Vicens, A.. *Efectos terapêuticos rápidos: Conversaciones clínicas com Jacques-Allain Miller em Barcelona*. Buenos Aires: Paidós, p. 65-85.

Miller, J-A. (2009). *O inconsciente real*. In: *Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: O sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 9-22.

Miller, J-A. (2010). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós

Miller, J-A. (2011) Desejo. In: ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. Scilicet: A ordem simbólica no século XXI. Belo Horizonte: *Scriptum Livros*

Miller, J.-A. (2014). Apresentação do Seminário 6: O desejo e sua interpretação, de Jacques Lacan. *Opção Lacaniana online*, (14).

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626

Moretto, M.L.T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo, SP: Zagodoni

Moretto, M. L. T, & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 287-298

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

Moreira, M. I. R., & Santos, T. C. (2019). Psicanálise aplicada à instituição: a prática clínica no hospital geral. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 14(28), pp. 125-140. Extraído de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140065>

Moura, P. de C.. (2017). Notas sobre uma ontologia em Lacan: um diálogo com Heidegger. *Psicologia USP*, 28(3), 451–456. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160077>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). *Traumas matam mais que malária, tuberculose e AIDS, alerta OMS* Disponível em: <<http://www.onu.org.br/traumas-matam-mais-que-malaria-tuberculose-e-aids-alerta-oms/>>. Acesso em: 15 nov. 2023. » <http://www.onu.org.br/traumas-matam-mais-que-malaria-tuberculose-e-aids-alerta-oms/>

Petrilli, R. D. T. (2015). Intervenções psicológicas em pacientes submetidos à procedimentos invasivos em um serviço de oncologia pediátrica. *Revista da SBPH*, 18(2), pp. 74-88. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582015000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200006)

Quinet, A. (2000). *A descoberta do inconsciente: Do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Ratti, F. C., & Estevão, I. R. (2016). *Violência, acidente e trauma: a clínica psicanalítica frente ao real da urgência e da emergência*. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 19(3), 605-636

Rinaldi, D. (s/d). *Transferência e desejo do analista*. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/doris-rinaldi/> Acesso em 27 de julho de 2024;

Rojas, M. A., Coronel, M., Cruz, A., Miari, A. S., & Paturlanne, E. L. (2011). *El empleo del tiempo y la práctica psicoanalítica en el hospital público*. [Apresentação de trabalho] III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina

Rodrigues, J. (2021). Reflexões da formação do analista para a Clínica da Urgência. *Revista Psicologia e Transdisciplinaridade*, 1(2), pp. 95-103. Recuperado de <https://www.periodicos.aprb.org/index.php/rpt/article/view/15>

Rodrigues, M. S., & Munõz, N. M. (2020). Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23, pp. 90-98. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/agora/a/wX4KpJNMXLCQDDBj3SBshCG/?lang=pt>

Rodríguez, L., Tustanoski, G., Mazzia, V., & Moavro, L. (2018). La elaboración psíquica en la clínica de la urgencia. *Revista universitaria de Psicoanálisis*, 18(1), pp. 51-59. Extraído de [https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanálisis/trabajos\\_completos/revista18/rodriguez.pdf](https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanálisis/trabajos_completos/revista18/rodriguez.pdf)

Rodrigues, J. A., Dassoler, V. A., & Cherer, E. (2012). A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. *Mental*, 10(18), pp. 69-88. Extraído de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272012000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000100005)

Rouanet, S. P. (2006). Os traumas da modernidade. In A. M. Rudge (Org.), *Traumas* (pp. 141-155). São Paulo: Escuta.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Rudge, A. M. (2003). *Trauma e temporalidade*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(4), 102116. Recuperado em 14 nov. 2024.

Rudge, A. M. (2009). *Trauma: Coleção Psicanálise passo-a-passo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Rudge, A. M. (2016). Trauma: entre o corpo e o psiquismo. In Novaes, J. de V., & Vilhena, J. de (Orgs.), *Que corpo é este que anda sempre comigo?* (p. 17-39). Editora Appris: Curitiba.

Santos Jr., A. (2014). A Psicopatologia do Trauma. *Carta de São Paulo* (21), 26-33.

Santos, T. C. D., Almendra, F. S., & Ribeiro, M. I. (2020). Help line: relato de experiência sobre um dispositivo de acolhimento aos profissionais de saúde durante a pandemia covid-19. *aSEPHallus*, 15(30), pp. 26-40. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177318>

Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In: *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama, 2006, p. 31-42

Seldes, R. (2019). *La urgencia dicha*. Buenos Aires: Colección Diva, 2019

Seinman, P. M., & Rosa, M. D. (2021). Dimensões da clínica psicanalítica com migrantes em urgência social: a rede transferencial. *Psicologia Em Estudo*, 26. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.47467>

Simões, C. L. F. (2011). *A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento* [Dissertação de Mestrado, Pontífca Universidade Católica de Minas Gerais]. Repositório da Pontífca Universidade Católica de Minas Gerais. [http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao\\_carolina\\_leal.pdf](http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao_carolina_leal.pdf).

Sotelo, M. I., & Fazio, V. P. (2019). Empleo del tiempo lógico en el abordaje psicoanalítico de situaciones de violencia familiar en la consulta de urgencia en salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 26, pp. 295-301. Extraído de <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433032/369163433032.pdf>

Soares, M. S. (2009). *E por falar em repetição, onde anda...tiquê e autômaton?*

Soler, C. (1998). El trauma. *Conferência pronunciada no Hospital Álvarez*, 19. Recuperado em 15 abril 2024 de <<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/adultos/lombardi/soler%20-%20el%20trauma.pdf>>.

Sotelo, I., Belaga, G.; Leserre, L.; Moraga, P.; Santimaria, L.; Castro, M.; Mc Cabe, C., & Rodríguez, L. (2013). La eficacia de la práctica analítica en el hospital público. *Rev. univ. psicoanál.*, pp. 69-79. Extraído de [http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/RUP\\_2013-4.pdf](http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/RUP_2013-4.pdf)

Sotelo, I., Belaga, G., Leserre, L., Rojas, A., Cruz, A., Capurro, V., Mazzia, V., Moraga, P., Santimaria, L., Penecino, I., Fidacaro, P., Coronel, M., & Tustanosky, G. (2011). Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del MERCOSUR. *Anuario de investigaciones*, 18, pp. 157-162. Extraído de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862011000100070&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862011000100070&script=sci_abstract)

Sotelo, I. (2006). La guardia, la admisión, la primera consulta: una conyuntura de emergencia. In: *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama, 2006, p. 97-113

Sotelo, I. (2015). *DATUS – Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Olivos: Grama Ediciones

Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 24(1), 89-98. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>

Viganò, C. (2012). *Novas conferências*. Belo Horizonte: *Scriptum*

Vorcaro, A. (2018). Transmissão e saber em psicanálise: (im)passes da clínica. In Ferreira, T.; Vorcaro, A. (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica, pp. 41-62.