



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Juliana Landim Lopes

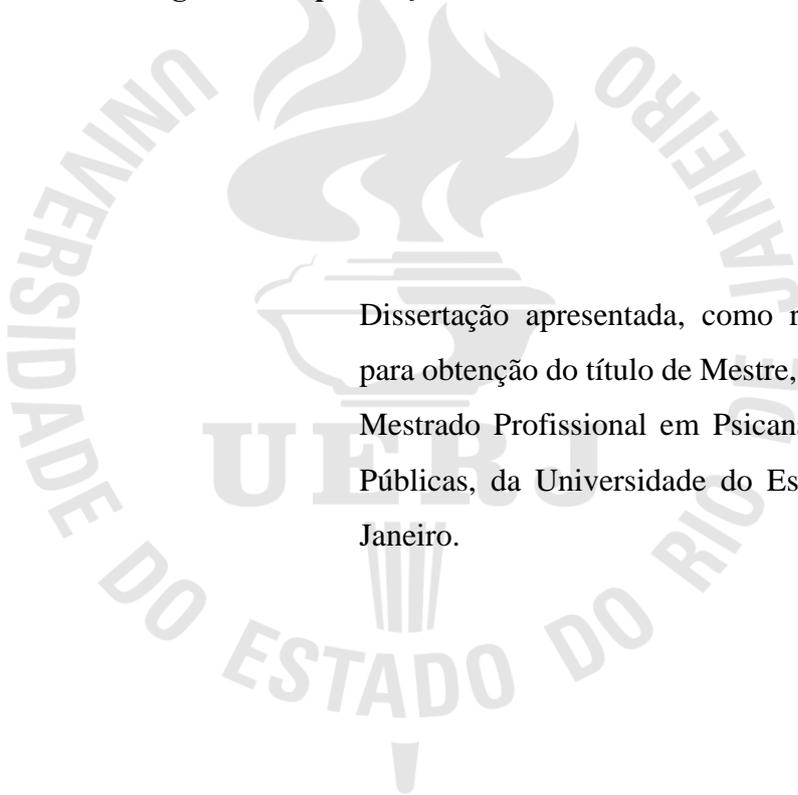
**Quem pode escutar na urgência? A presença de “ao menos um” analista no hospital**

Rio de Janeiro

2023

Juliana Landim Lopes

**Quem pode escutar na urgência? A presença de “ao menos um” analista no hospital**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

L864      Lopes, Juliana Landim  
            Quem pode escutar na urgência? A presença de “ao menos um” analista no  
            hospital / Juliana Landim Lopes. – 2023.  
            53 f.

            Orientadora: Vinicius Anciães Darriba.  
            Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
            Instituto de Psicologia.

            1. Psicanálise – Teses. 2. Psicologia clínica – Teses. 3. Hospital – Teses. I.  
            Darribas, Vinicius Anciães. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
            Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Juliana Landim Lopes

**Quem pode escutar na urgência? A presença de “ao menos um” analista no hospital**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 29 de maio de 2023

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba (Orientador)

Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dr. Marcos Vinicius Brunhari

Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Monica Marchese Swinerd

Instituto Nacional de Câncer - INCA

Rio de Janeiro

2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pacientes e a todos aqueles a quem pude escutar em meio ao mais inconcebível de suas experiências.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Vinicius Darriba, por acompanhar meus progressos tão inconstantes ainda que decidido, por este trabalho. Pelas aulas que ministrou no mestrado, pelas supervisões e orientações tão cuidadosas e acolhedoras.

À banca examinadora, Marcos Brunhari e Monica Marchese, pelas contribuições e pontuações essenciais na elaboração desta dissertação. E também pelo aceite tão respeitoso e carinhoso em ler meu trabalho.

À minha companheira, Ana Luiza, por ter estado comigo nos momentos mais difíceis da minha vida e, como uma excelente educadora, ter me ajudado a caminhar nos processos de escrita desta dissertação e desta vida. E também agradeço à sua família, aos meus sogros, Antonio e Carla, e à minha cunhada, Ana Carolina, que sempre me deram amparo, acolhimento e amor para continuar caminhando.

À minha mãe, Sandra, que me ajudou financeiramente nas minhas idas ao Rio de Janeiro e por quem sempre recebi apoio e carinho imensuráveis.

À Fernanda, minha irmã, que tornou e torna minha vida menos solitária desde quando veio ao mundo.

À minha analista, Daniela, por me escutar há tantos anos me permitindo deslizar da submissão à invenção de um saber fazer e, sobretudo, por me ajudar a sustentar o desejo de terminar este mestrado.

Aos meus amigos de prosa e poesia, Caio, Alice, Carol e Debora, por quem tenho tanto carinho e sem os quais eu talvez já tivesse desistido de muitas coisas.

Aos meus pacientes que em suas urgências permitiram a minha aproximação e em suas demandas me convocaram a escutá-los.

E eis que a mão que eu segurava me abandonou. Não, não. Eu é que larguei a mão porque agora tenho que ir sozinha.

*Clarice Lispector*

## RESUMO

LOPES, Juliana Landim. *Quem pode escutar na urgência? A presença de 'ao menos um' analista no hospital*. 2023. 53 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Esta pesquisa tem como objetivo investigar as possibilidades e os efeitos da clínica psicanalítica na instituição hospitalar, no âmbito das urgências subjetivas e das demandas que daí advém. O interesse por essa investigação se deu, inicialmente, por meio do trabalho em um setor de emergência de um hospital psiquiátrico, e tomou forma de pesquisa ao ser realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ) no Programa de Urgências Subjetivas. Trata-se de uma pesquisa participante, tendo como instrumento de registro o diário de campo. A pergunta que aqui fazemos se formula em torno de como é possível oferecer uma escuta e uma presença frente às situações de urgência que se orientam pelo discurso da psicanálise, posto que o discurso médico é o discurso dominante no hospital e que o discurso psicanalítico se diferencia radicalmente deste. Isto é, como sustentar no hospital uma prática que se compromete com o sujeito e que se propõe a fazer torção nas queixas e a suportar a angústia de se defrontar com o real nas demandas de atendimento. Com isso, partimos da ideia de que uma urgência só se torna subjetiva por meio da oferta do analista e que, para isso, seria necessário articular o tema da urgência à própria formação do analista, de seu desejo e discurso. Ao longo desta pesquisa, concluímos que há uma dupla face quando intentamos trabalhar com as demandas de urgência no hospital: a urgência do paciente e a urgência da instituição, nas quais ambas exigem um acolhimento da demanda e um tempo de pausa. Exigências essas que o analista se propõe a colocar a trabalho por meio da oferta da palavra e de um tempo para compreender.

Palavras-chave: Urgência subjetiva. Clínica psicanalítica. Psicanálise e hospital. Psicanálise e instituição.

## ABSTRACT

LOPES, Juliana Landim. *Who may listen in the urgency? The presence of 'at least one' analyst in the hospital*. 2023. 53 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This research aims to investigate the possibilities and effects of the psychoanalytic clinic in the hospital institution, within the scope of subjective urgencies and the demands that arise from it. The interest in this investigation, which initially stemmed from work in an emergency sector of a psychiatric hospital, took the shape of research and could be carried out at the Pedro Ernesto University Hospital (HUPE-UERJ) in the Subjective Urgency Program. This is a participatory research, using the field diary as a recording tool. The question we inquire is formulated around how it is possible to offer a listening and a presence in urgent situations that are guided by the discourse of psychoanalysis, since the medical speech is the dominant speech in the hospital and that the psychoanalytic speech is radically different from it. That is, how to sustain in the hospital a practice that is committed to the subject and that proposes to twist the complaints and to support the anguish of facing the real in the attendance demands. Therefore, we start from the idea that an urgency only turns into subjective through the offer of the analyst and for this it would be necessary to articulate the theme of the urgency to the own formation of the analyst, of their desire and speech. During the research, we have concluded that there is a double side when we intend to work with the demands of urgency in the hospital: the patient's urgency and the institution's urgency, in which both need a reception of the demand and a break time. These exigences that the analyst proposes to work by means of the offer of the word and a time to comprehend.

Keywords: Subjective urgency. Psychoanalytic clinic. Psychoanalysis and hospital. Psychoanalysis and institution.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 HISTO(E)RICIZANDO A PESQUISA</b> .....	13
<b>2 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO</b> .....	16
<b>3 O QUE SÃO URGÊNCIAS SUBJETIVAS?</b> .....	199
<b>3.1 Urgência e trauma</b> .....	20
<b>3.2 Demanda de tempo e o tempo de demanda: considerações sobre a temporalidade na clínica da urgência</b> .....	25
<b>3.3 Um dispositivo clínico-institucional</b> .....	31
<b>4 O QUE É UM ANALISTA?</b> .....	35
<b>4.1 O desejo do analista e a afânise do sujeito</b> .....	36
<b>4.2 Do Mais Um do cartel ao “ menos um” na instituição</b> .....	41
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50

## INTRODUÇÃO

A urgência e a emergência no hospital e nos prontos-socorros, segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 1.451, de 1995, caracterizam ocorrências de agravo à saúde que implicam ou não em risco à vida do paciente, exigindo assistência médica imediata. O trabalho, portanto, em um setor de emergência de um hospital coloca a equipe multiprofissional à frente de situações que configuram certa descontinuidade da vida ou mesmo uma ameaça a ela, acompanhada de sofrimento psíquico extremo que, muitas vezes, se consolidam em experiências traumáticas. Além disso, há um tempo, um tempo que urge e que nem sempre é o tempo do paciente que ali padece, um tempo que exige uma intervenção médica que dificilmente consegue incluir o sujeito do sofrimento e que está precisamente a serviço da sobrevivência e restabelecimento do funcionamento orgânico.

Falar, portanto, em urgência subjetiva, termo estritamente psicanalítico, é falar sobretudo do sujeito. E é fazer emergir, ali onde ele não aparece, esse sujeito que sofre, que padece, que adoce e que experimenta uma sensação de descontinuidade da vida ou, como bem coloca Canguilhem (2009, p. 44), “um sentimento de vida contrariada”. Pois é nessa emersão do sujeito que ele pode incluir o seu tempo e sua subjetividade no sofrimento e, conseqüentemente, é onde ele pode se implicar. Isto coloca a urgência ligada ao conceito não só de sujeito, mas a uma temporalidade específica do sujeito do inconsciente (CORDEIRO e MIRANDA, 2020).

Em Lacan (1966/1998), o termo “urgência subjetiva” aparece em “Do sujeito enfim em questão” e não é à toa, visto que o texto trata justamente do tema da formação do analista e no qual Lacan procura advertir ao progressivo esquecimento que o conceito de sujeito estava tendo à época, propondo, em vista disso, resgatar essa dimensão do sujeito na formação do analista. Isso acaba por ligar dois pontos importantes: a urgência subjetiva e o analista. Como exposto por Azevedo (2018, p. 209), “a urgência subjetiva demanda um trabalho do analista, pois, uma passagem da urgência para a urgência subjetiva não se produz sem a oferta do analista, sem a oferta da palavra”.

A fim de contextualizar esta pesquisa, é preciso dizer, primeiramente, que o lugar em que surgiram seus primeiros questionamentos foi no trabalho em um setor de emergência de um hospital psiquiátrico no qual o contato com diferentes urgências, vivências traumáticas e mal-estares permitiu-nos interrogar de que modo o psicólogo, orientado pela psicanálise, pode

ofertar uma escuta e uma presença não medicalizante<sup>1</sup> frente às situações de urgência. Com a entrada no Programa de Mestrado e o conseqüente desenvolvimento desse problema de pesquisa, o local de investigação se deslocou da emergência psiquiátrica para o Plantão Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE – UERJ) – um hospital geral – a partir do Programa de Urgências Subjetivas que se propõe a acolher as situações de urgências da instituição e o qual abordaremos melhor na metodologia deste trabalho.

Questionar, portanto, os modos de “presença do analista” nesses espaços institucionais, tão marcados pela verdade do discurso médico é, pois, questionar as possibilidades da clínica psicanalítica na instituição e apostar que há algo de irreduzível no adoecimento que pode ser tomado não como ponto final mas como ponto de partida. Isso nos coloca diante da questão da demanda endereçada ao psicólogo na instituição, porque é a partir do que nos demandam que nos indagamos sobre aquilo que nos orienta. Assim, a demanda, ao lado da temporalidade da clínica e da formação do analista constituem recortes importantes aqui e que funcionarão como eixo de análise do processo de investigação dos modos de presença do analista no hospital. E é com base nesses questionamentos que a proposta deste trabalho não só surge, como também pretende avançar.

Lacan (1964/1985), no Seminário livro 11, formula a ideia da ‘presença do analista’ para inscrever o analista como função, para além de sua presença física. Nesse sentido, a partir da ideia de que o analista não recua diante dos impasses da transferência e que não está desavisado quanto ao lugar de não saber que ocupa, sua contribuição não se encerra na escuta e na perseguição dos efeitos do sujeito do inconsciente.

Ao nos defrontarmos com práticas que buscam restaurar uma condição anterior ao que motivou a busca por um serviço de saúde, não intentamos que todos sejam psicanalistas, ou mesmo que esse arranjo assegure o refreamento completo de impulsos medicalizantes do sofrimento psíquico. Mas propomos pensar que a presença de “ao menos um analista” possa balizar outras práticas, “ao menos um” que aqui se aproxima da função do “mais-um” no cartel, cuja função é fazer funcionar o trabalho e do qual falaremos mais ao longo deste trabalho.

Essa presença, orientada por uma ética que não reduz a clínica ao seu manejo, que tensiona a equipe a sustentar impasses e a se incluir nas direções terapêuticas, é pois uma presença que sustenta o deslocamento de um lugar de saber completo para um campo da escuta

---

<sup>1</sup> Entende-se aqui por medicalizante toda prática que tende a transformar em domínio do saber médico os discursos e os sofrimentos do sujeito, como defende a análise de Foucault em “O nascimento do hospital” (1979).

do sujeito. Ou seja, há aqui uma aposta de que a presença do analista no hospital traz efeitos não só para a clínica da urgência mas também para o trabalho multiprofissional.

As políticas públicas na área da saúde avançaram muito na direção de retirar a condição do paciente como objeto de intervenção e saber – vemos isso acontecer na Reforma Psiquiátrica e nas atuais políticas de saúde que buscam incluir o paciente no seu projeto terapêutico e no controle social. Resta sustentar, a partir da clínica, uma política que possa, efetivamente, fazer torção nas queixas, tratar do sofrimento e, principalmente, que suporte a angústia de se defrontar com o real implicado nas demandas de atendimento. Sem respostas prontas, sem fórmulas definitivas, mas, ao contrário, apostando na constituição dos arranjos subjetivos como possibilidade. Desse modo, ao invés de tamponar, classificar e tipificar o sofrimento, a presença do analista nas equipes é uma aposta de fazer isso falar. Portanto, as vias que essa pesquisa pretende alcançar – tratando-se de um Mestrado Profissional – é a de poder sustentar com rigor psicanalítico a articulação entre teoria e prática, para que outros psicólogos que atuam no meio institucional e clínico possam tanto se apropriar quanto fazer avançar o estudo aqui exposto.

Dado que a pesquisa pretende articular o termo clínico-conceitual da urgência subjetiva com a prática multidisciplinar dentro do hospital, fez-se necessário, inicialmente, realizar um exame bibliográfico acerca desse tema articulando-o com as discussões sobre o trabalho no hospital e a minha inserção enquanto pesquisadora no Programa de Urgências Subjetivas.<sup>2</sup> Essas discussões ocorreram por meio da participação em supervisões nas quais estavam presentes residentes de psicologia, estudantes de graduação e psicólogos que atuam no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ). A respeito da inserção no Programa, o trabalho priorizou, inicialmente, as demandas de urgência, de acompanhamentos de notícias difíceis e de cuidados paliativos que chegavam ao psicólogo de plantão. O registro dessas atividades foi realizado por meio de um diário de campo, que tem por base a observação participante segundo Minayo (1998).

Lacan (1966/1998, p. 237) em seu referido texto aqui já citado “Do sujeito enfim em questão”, encerra dizendo que “enquanto perdurar um vestígio do que instauramos, haverá psicanalistas para responder a certas urgências subjetivas”. A partir disso, entendemos, então, que a organização textual deste trabalho pudesse se orientar em função de duas perguntas: o que são essas urgências subjetivas e o que é esse analista?

Na primeira parte, na qual iremos abordar as urgências subjetivas, dividimos em três tópicos. No primeiro, abordamos a questão da urgência e sua relação com o trauma, fazendo

---

<sup>2</sup> Projeto submetido e aprovado no Comitê de Ética em 28/11/2020, sob o número 37437020.6.0000.5282, intitulado “Psicanálise e prática multidisciplinar no hospital: clínica e transmissão”.

uma breve retomada a Freud na sua teoria da sedução e de sua descoberta de uma realidade psíquica com a conseqüente derrocada dessa teoria. Com isso, chegamos a Lacan em que podemos formular a ideia do trauma como o trauma da língua, isto é, como uma falta estrutural própria da linguagem e concluindo, em vias disso, que a relação do trauma com a urgência se situa justamente onde algo de disruptivo, de indizível se apresenta para o sujeito.

No segundo tópico, abordamos a questão do tempo na urgência trazendo à tona a discussão do tempo lógico em Lacan e reiterando a função da pausa, de um tempo para compreender esse momento disruptivo de uma urgência não só no campo do sentido, mas no campo lógico no qual o sujeito possa emergir. Por fim, no terceiro tópico, apresentamos trabalhos atuais sobre urgência subjetiva enquanto um dispositivo clínico-institucional presente em diversos setores além do hospital, como em serviços de saúde mental e ambulatórios de saúde.

Na segunda parte, dedicamos a explorar o que é um analista, sua formação e as vias do seu trabalho dentro do hospital. Essa parte é composta por dois tópicos que, desta forma organizados evidenciam uma dupla face da urgência neste trabalho: a urgência do sujeito e a urgência da instituição. No primeiro tópico exploramos o conceito de desejo do analista, partindo do livro de Diana Rabinovich (2000) e trazendo com ele uma articulação com a afânise do sujeito. No segundo tópico, procurando explorar o trabalho do analista no hospital e de sua posição marginal e extraterritorial, propomos uma equiparação de seu trabalho ao trabalho do mais-um no dispositivo do cartel proposto por Lacan em sua Escola.

Antes disso, a seguir, optamos por contextualizar melhor o surgimento da pesquisa e o rumo que ela visa tomar, tratando-se de uma pesquisa em psicanálise. Assim como decidimos também expor com mais detalhes a metodologia da pesquisa, a inserção no hospital e a pesquisa de campo.

## 1 HISTO(E)RICIZANDO A PESQUISA

O fato de a psicanálise haver nascido da ciência é patente.  
Que pudesse ter surgido de outro campo, é inconcebível.

*Lacan*

Podemos dizer que seria impossível ter situado o inconsciente ou o sujeito do inconsciente antes do que se passou no século XVII no campo científico, uma vez que o sujeito do inconsciente é o mesmo sujeito suposto pela Ciência, “com a decisiva diferença de que a Ciência não opera sobre ele, enquanto a Psicanálise só se autoriza e legitima, só se justifica, inclusive porque opera sobre ele” (ELIA, não publicado). Assim, como explicam Calazans e Neves (2010) em seu artigo sobre o método de pesquisa em psicanálise, há uma compatibilidade lógica entre a psicanálise e a ciência no sentido não só de que a psicanálise se debruça sobre os efeitos do discurso científico, mas também porque ela não busca um “fora” desse discurso no seu processo investigativo. Portanto, trata-se de uma compatibilidade da ordem de se encaminhar as questões, de levantar os problemas e os impasses.

Dito isto, parece importante delinear o que estamos fazendo aqui quando nos propomos a fazer esta pesquisa em psicanálise e, ainda mais, uma pesquisa que se interessa em investigar o fazer falar esse sujeito do inconsciente. Sabemos que Freud enquanto fundador da psicanálise instaurou um campo discursivo e abriu espaço para que algo absolutamente novo emergisse. Isso implica dizer que a obra freudiana não consiste em uma marcação histórica de avanço ou equívoco num campo científico já existente. Quando retornamos a Freud retornamos ao próprio lugar em que ele pode fundar alguma coisa. A pesquisa freudiana não é uma pesquisa objetivante tal qual uma pesquisa científica, mas uma pesquisa que toma como parâmetro a verdade do sujeito. Como bem retomaram Calazans e Neves (2010), o método psicanalítico de Freud consiste em um método não só de pesquisa, mas também de tratamento. A psicanálise, portanto, não estando fora do discurso da ciência, mas sim operando sobre seus efeitos, não se consolida como um saber especializado ou um outro saber dentro do discurso científico, mas sim como um saber outro.

Portanto, se tratando aqui de uma pesquisa em psicanálise, podemos dizer que ela só pode ser disparada e cogitada em vista de um impasse, de uma questão que saltou aos olhos no exercício profissional. Este impasse inaugural, por assim dizer, foi um encontro muito significativo com a prática hospitalar e com a psicanálise. Trabalhava à época como psicóloga em um hospital psiquiátrico no qual, curiosamente, a maior parte dos psicólogos e psiquiatras

eram orientados pela psicanálise ou eram entusiastas e/ou estudantes do campo. Isso significa dizer que havia certa normalização no uso de termos e jargões psicanalíticos nas discussões de casos. De início, ainda recém-formada, achei que isso pudesse ser muito positivo - e o foi no sentido de me aproximar do campo - até ir me deparando com algo muito instigante: o de que a escuta do sujeito do inconsciente nem sempre estava garantida com a presença física de um analista e que em muitos momentos o que prevalecia era um discurso médico e medicalizante.

Visto que era um hospital cuja maioria dos profissionais eram orientados ou estudavam psicanálise, foi curioso perceber esse evento. E talvez seja por isso que na introdução foi dito que não intentamos que todos sejam psicanalistas. Primeiro porque esse não é nosso objetivo e, segundo, porque isso não garantiria a escuta do sujeito do inconsciente e os deslocamentos que esta escuta pode trazer. Junto disso, havia um medo recorrente de cristalização da minha prática e de certa desorientação ética. Foi assim, diante da minha primeira reprodução vocabular de um termo muito usado, que surgiu um espanto: o que me orienta quando falo “fulano é psicótico” ou quando entendo que tal paciente precisa de internação e aquele outro está apto a ter alta?

Diante de tantas respostas repetidas e perguntas não feitas, foi se consolidando no meu corpo de trabalhadora uma questão quanto a minha própria prática e ao meu desejo em estudar e praticar a psicanálise. A decisão em fazer o mestrado e esta pesquisa se deu, então, não só por uma necessidade de aprofundar e investigar uma questão, mas também marcou um ato que muito se aproxima do que Calazans e Neves (2010, p. 200) abordam sobre a subversão em psicanálise: “A subversão é a maneira pela qual a psicanálise faz com que os impasses em relação ao saber sejam ultrapassados por outro modo de considerar os problemas”.

Historicizar a pesquisa localizando seu impasse inicial é, nesse sentido, também historicizá-la, ao modo em que a histórica conseguiu, na clínica de Freud, mostrar uma relação com um saber outro, que subverte o saber médico e suscita questões, tropeços, furos, e, sobretudo, que permitiu a Freud, em seu ato, fundar um campo discursivo novo. No meio da correria de uma emergência psiquiátrica, presa muitas vezes em situações de ver e rapidamente ter que concluir, essa pesquisa pretende, antes de mais nada, inserir o “tempo para compreender” para sua pesquisadora e um modo outro de considerar o problema aqui circunscrito: quem pode escutar na urgência?

É nesse sentido que pretendemos, ao longo do trabalho, construir um caminho que nos leve enfim à desconstrução da locução usada no título “pode escutar” que aponte não a um “poder” no sentido de estar autorizado, mas de um “poder” no sentido da possibilidade mesma de escuta em um momento de ruptura para o sujeito. Sujeito este que, ao mesmo tempo em que demanda uma intervenção, inclui um sofrimento da ordem do irreduzível. Ou seja, pretendemos

construir aqui uma possibilidade de escuta na urgência que o analista na instituição provoca e que implica mais em uma disponibilidade do que em uma autorização. Afinal de contas, as urgências não estão somente nos atendimentos, mas também na própria instituição.

## 2 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Tratando-se de uma investigação em psicanálise que só pode acontecer por conta de um impasse encontrado no contexto institucional, o presente trabalho apenas poderia consistir em uma pesquisa qualitativa que procura responder a questões particulares. Como define Minayo (2002, p. 24), essa é uma modalidade de pesquisa que se preocupa em “compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos”.

Tratando especificamente das questões particulares desta pesquisa, podemos dizer que ela procura investigar as possibilidades e os efeitos da clínica psicanalítica em torno da inscrição da urgência subjetiva no âmbito hospitalar, buscando, sobretudo, compreender a dinâmica específica deste contexto. É, ainda, uma pesquisa que trabalha com a minha experiência enquanto pesquisadora no campo estudado, entendendo que a linguagem, a prática e as coisas são inseparáveis (MINAYO, 2002).

Podemos dizer que a técnica utilizada foi a observação participante, uma vez que a pesquisa se realizou por meio do meu contato direto com o fenômeno a ser pesquisado, incluindo-me como parte do contexto observado (Minayo, 2002). No que diz respeito à inserção no campo, delimitamos um período de seis meses, entre setembro de 2020 a fevereiro de 2021, no qual estive presente no Plantão Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto uma vez por semana como pesquisadora e psicóloga, atendendo às demandas de urgência, procurando não só atendê-las mas compreender a forma como eram endereçadas.

Além do plantão geral - que consiste em um espaço de atendimento emergencial dentro do hospital para atender as demandas de forma geral - foi ofertado atendimento psicológico nas enfermarias que poderiam nos acionar por telefone. Essa oferta foi feita de duas maneiras, a primeira através de um cartaz informando o plantão psicológico e a segunda através da busca ativa. Aqui, algo contraditório parece acontecer: se já estávamos no plantão para atender demandas de urgência, por que de uma busca ativa?

De início, a busca ativa foi feita devido à ausência de demanda para os psicólogos plantonistas. Não era incomum nos plantões de sábado ficarmos praticamente o dia todo sem nenhum chamado. Entendemos então que seria interessante investigar esse silêncio: não havia urgência? E quando éramos acionados, a urgência era dos médicos que podiam nos solicitar ou dos pacientes? Assim, esta decisão pela busca ativa, inicialmente incompatível com uma pesquisa sobre urgência, foi essencial para compreendermos as demandas do hospital e para escutarmos as urgências subjetivas na e da instituição. E com isso, foi essencial também para

traçarmos o caminho da pesquisa, uma vez que procuramos incluir no seu cerne não só a própria oferta da escuta do analista e de seu desejo, mas também aquilo que urge na instituição.

Estando o analista num lugar dentro-fora do hospital, ou como diz Lacan (1966/2001), num lugar extra-territorial, marginal, a busca ativa se mostrou bastante interessante. Pois se por um lado a psicanálise é admitida pela medicina como um saber especializado que pode compor com o discurso médico, isto é, somar; do lado do psicanalista, sabemos que estamos num lugar de subtração, isto é, num lugar que não é o de um especialista mas de um lugar que possa furar o saber totalizante e apontar para uma falta estrutural. Um lugar de menos um. Nesse sentido, a busca ativa nas enfermarias foi um recurso importante a ser utilizado para analisarmos e percebermos o lugar que a psicologia ocupava no hospital para aí sim podermos deslizar naquele contexto.

Esses momentos no hospital foram registrados no formato de um diário de campo, incluindo desde casos atendidos até observações, indagações e percepções que emergiram no campo e, também, nos momentos de supervisão. Por isso, é preciso dizer que essa inserção no campo da pesquisa começou muito antes, ainda no grupo de supervisão junto de residentes e alunos de graduação de psicologia que estavam atuando no Programa em Urgências Subjetivas supervisionado pelo Prof. Dr. Vinícius Darriba, pelo Prof. Dr. Marcos Vinicius Brunhari e pela psicóloga Mariana Rabello. A participação neste grupo ocorreu antes e durante a inserção no campo e foi um espaço muito importante de discussão, supervisão e construções de questões que permeiam essa pesquisa.

No que tange os outros procedimentos práticos, foi realizado um estudo teórico e bibliográfico dos conteúdos que se fazem necessários para discutirmos e apresentarmos o tema da urgência subjetiva, tais como a clínica da urgência, a sua temporalidade, a própria conceituação de urgência subjetiva e seu entrelaçamento com a presença e o desejo do analista. Foi realizado também um levantamento bibliográfico de trabalhos acadêmicos que discutem a urgência subjetiva enquanto um dispositivo clínico-institucional presente em diversos serviços e dispositivos de saúde. Após levantamento e seleção destes trabalhos, realizamos uma análise a fim de entendermos quais os principais pontos de discussão, as ênfases e os destaques que tais trabalhos abordam em suas pesquisas.

Nesse processo, pudemos também compreender melhor a ênfase da nossa pesquisa e melhor localizar sua relevância. Notou-se que, em sua maioria, os trabalhos atuais em urgência subjetiva trazem para discussão temas como a angústia, o trauma e o tempo, temas que abordaremos na primeira parte deste trabalho. No entanto, notamos que em menor índice se

discute a formação do analista na articulação com a urgência subjetiva dentro de uma equipe multidisciplinar, isto é, a sua função não só nos casos em si mas dentro da instituição.

Nesse sentido, entendemos que o texto “Do sujeito enfim em questão” (1966/1998) pode aqui funcionar como norteador da pesquisa não só pela aparição do termo “urgência subjetiva” que Lacan faz uso, mas também por se tratar de um texto que se debruça a falar da formação do analista. E não é à toa, visto que neste texto Lacan de antemão nos comunica que falar da formação do analista é também falar de uma escuta das urgências. Escuta esta como a que ele mesmo fez da psicanálise de sua época ao nos advertir do progressivo distanciamento que a prática psicanalítica estava fazendo do conceito de sujeito.

Nesse sentido, na espinha dorsal da nossa fundamentação teórica e psicanalítica adotamos concepções de Freud e Lacan para sustentar não só as discussões sobre angústia, trauma e tempo, mas também sobre a formação do psicanalista e de seu desejo. Quanto à fundamentação teórica em urgência subjetiva, adotamos trabalhos de psicanalistas de referência como Ricardo SelDES e Guilherme Belaga, que pesquisam e estudam o tema desde o início dos anos 2000 (SELDES E BELAGA, 2006). Utilizamos documentos físicos e *on-line*, como artigos científicos, livros e dissertações, disponíveis gratuitamente, na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), tendo como palavras-chave para a busca: “urgência subjetiva” e “psicanálise e hospital”.

### 3 O QUE SÃO URGÊNCIAS SUBJETIVAS?

Se em algum momento foi possível aceitarmos, de modo geral, a ideia de urgência como uma situação pontual que demanda uma resposta imediata, isto é, como um evento, um acontecimento circunstancial e inadiável, com o advento da pandemia Covid-19 e o primeiro ano de seu enfrentamento, o caráter ocasional de uma urgência pareceu subitamente ter se dissipado. Afinal, como identificar uma urgência quando tudo parece urgente? Em que termos podemos dizer que algo urge? Perguntas como essas orientam, desde antes da pandemia, uma série de pesquisadores e psicanalistas a investigarem o tema da urgência e a sua apresentação na clínica e nas instituições. Belaga (2006), na introdução do livro “La urgencia generalizada”, nos coloca a urgência como uma nova forma clínica, um novo sintoma. Isso não significa dizer que o conceito de urgência mudou, mas sim a sua apresentação e a insistência com que, nos tempos atuais, ela se inscreve. Assim, continua o autor: “O termo ‘urgência’ havia mudado de condição. Já não era possível sustentar o tradicional uso desse, aquele inicial, da clínica psiquiátrica e seus quadros bem descritos” (BELAGA, 2006, p. 11, tradução nossa).<sup>3</sup>

Em “O trauma ao avesso”, Laurent (2004) também observa um fenômeno de extensão da síndrome de stress pós-traumática situando-a “na interface entre a descrição científica do mundo e um fenômeno cultural que a excede” (LAURENT, 2004, p. 21). Para o autor, o avanço da ciência em direção à descrição científica do mundo gera uma ideia de “causalidade programada” que parece dar conta de explicar o funcionamento dos fenômenos sejam eles físicos, culturais ou psicológicos. Porém, quando nos deparamos com um acontecimento social que extrapola os limites descritivos e explicativos abarcados por essa “programação”, o experimentamos como um trauma, gerando, portanto, uma generalização dessa vivência traumática.

Podemos localizar a pandemia como um desses acontecimentos que extrapolaram os limites explicativos da nossa ciência nos tempos atuais, e falar de urgência subjetiva nos dias de hoje é também poder incluir na nossa fala a queda de um ideal que nós, como sociedade, vivemos ao nos depararmos com nosso próprio despreparo físico, subjetivo e material diante da pandemia. Portanto, o que podemos depreender é que urgente é o que irrompe, extrapola, excede os limites da própria palavra.

---

<sup>3</sup> No original: El término ‘urgencia’ había cambiado de estatuto. Ya no era posible sostener el tradicional uso del mismo, aquel primero de la clínica psiquiátrica y sus cuadros bien descriptos.

### 3.1 Urgência e trauma

O exame da bibliografia sobre urgência subjetiva nos permite notar que, em alguma medida, uma articulação entre o trauma e a urgência é sempre retomada ou referenciada pelos autores. Podemos dizer que a urgência, em vista disso, se aproxima da ideia de um momento de irrupção no aparelho psíquico, de quebra da cadeia significante que, assim como o trauma, instaura uma escansão temporal, um antes e um depois (CALAZANS E BASTOS, 2008).

Nesse sentido, a psicanálise nos permite ir além em responder ao que é uma urgência pois possibilita tomá-la não só como um evento, mas como uma demanda que aponta para certo encontro com o real: a perda de um familiar, o advento de uma doença grave, a amputação de um membro, situações cotidianas de um hospital que colocam o sujeito de frente com o que há de inassimilável da experiência: “Não é notável que, na origem da experiência analítica, o real seja apresentado na forma do que nele há de *inassimilável* - na forma do trauma, determinando toda a sua sequência e lhe impondo uma origem na aparência accidental?” (LACAN, 1964/2008, p. 60).

Nessa passagem, Lacan chama a atenção, primeiramente, para a interessante apresentação do real, na origem da clínica, na forma do que há de inassimilável nele, ou seja, na forma do trauma. Podemos dizer que aqui, Lacan já nos dá certa ideia da aproximação do trauma com o real, com esse impossível de dizer, o inassimilável. Aponta, também nesse seminário, que o que Freud havia encontrado em “A hereditariedade e a etiologia das neuroses”, texto de 1896, seria algo da ordem de um não-realizado. Ora, o que Lacan nos coloca nesse trecho é então não somente a relação entre o trauma e o real, como também a relação entre o trauma e o início da clínica de Freud com seu interesse nesse não-realizado da experiência. A saber, no trauma sexual e na sua função na etiologia das neuroses.

O trauma na teoria freudiana, assim como a própria práxis psicanalítica, acompanha e se orienta pela escuta que Freud fazia dos seus pacientes. Assim, no início da clínica, em 1896, é com grande ênfase que Freud fala do trauma sexual na causa das neuroses associando-o ao recalque. Nesse momento, o trauma sexual ao qual Freud se refere é tomado como um fato da realidade que ocorreria em forma de abuso ou sedução durante a primeira infância. A sexualidade infantil ainda não havia sido considerada por Freud e, por conta disso, a ocorrência de um trauma sexual nesse período da vida deixaria apenas um traço psíquico inconsciente, pois a criança seria imatura sexualmente para interpretar o evento como uma experiência traumática (Freud, 1896/1996). Posteriormente, com a puberdade e a maturação sexual, esse traço inconsciente seria despertado provocando, aí sim, sua vivência traumática. É, portanto, num “só

depois”, num “a posteriori”, que a experiência traumática viria. Nas palavras de Freud: “não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como *lembrança* depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (Freud, 1896/1996e, p. 165). Ou seja, até aqui podemos dizer que Freud entendia que a elaboração, a lembrança, em torno de algo factual, ocasionaria a experiência do trauma.

Porém, no ano seguinte, em setembro de 1897, Freud diz numa carta a Fliess que não acredita mais em sua teoria e apresenta seus motivos de descrença (Freud, 1895/1996). Entre eles, a totalidade de casos de abuso e de pais abusadores que teriam que haver para explicar a frequência dos casos de histeria. O que está em jogo nesse momento é que Freud começa a olhar com estranheza e descrença para a origem do trauma como um dado da realidade e isso o levou a voltar sua atenção para a função das fantasias. Se, até esse momento, as fantasias tinham uma função apenas protetora do trauma, ou seja, de impedir o acesso às recordações da cena traumática, com o gradual declínio da teoria da sedução, elas começam a ter uma função na própria formação dos sintomas. Em 2 maio de 1897 Freud escreve a Fliess:

Em primeiro lugar, adquiri uma noção segura da estrutura da histeria. Tudo remonta à reprodução de cenas do passado. A algumas se pode chegar diretamente, e a outras, por meio de fantasias que se erguem à frente delas. As fantasias provêm de coisas que foram ouvidas, mas só posteriormente entendidas, e todo o material delas, é claro, é verdadeiro. São estruturas protetoras, sublimações dos fatos, embelezamentos deles e, ao mesmo tempo, servem para o alívio pessoal. Sua origem acidental talvez provenha das fantasias de masturbação. Um segundo elemento importante de compreensão me diz que as estruturas psíquicas que, na histeria, são afetadas pelo recalçamento, não são, na verdade, lembranças, já que ninguém se entrega à atividade mnêmica sem um motivo, e sim a impulsos decorrentes de cenas originárias. Apercebo-me agora de que todas as três neuroses (histeria, neurose obsessiva e paranóia) exibem os mesmos elementos (ao lado da mesma etiologia), quais sejam, fragmentos de memória, impulsos (derivados das lembranças) e ficções protetoras; mas a irrupção na consciência, a formação de soluções de compromisso (isto é, de sintomas), ocorre nelas em pontos diferentes. (p. 240).

Nesta correspondência vemos um Freud iniciando a ideia de que não necessariamente algo factual teria de acontecer, mas coisas ouvidas, percebidas e só depois entendidas, poderiam estar na origem da neurose. E assim, durante o ano de 1897 em suas correspondências com Fliess, percebemos a gradual construção que Freud vai fazendo a respeito das fantasias e sua relação com a etiologia das neuroses. Culminando em setembro no qual ele afirma “não acreditar mais em sua neurótica” (p.265) e o vemos explicar o que por fim se entende como o abandono da sua teoria da sedução que, apesar de penoso, permitiu a entrada de temas fundamentais da psicanálise, como as pulsões, a realidade psíquica, a sexualidade infantil e o

surgimento do Édipo. A realidade psíquica, em especial, nos interessa aqui, pois demarca o reconhecimento de Freud de uma instância psíquica e subjetiva da experiência traumática.

Assim, notamos em “Além do princípio de prazer” (1920/1996) a associação que Freud faz do trauma à repetição ao discorrer sobre as neuroses traumáticas. A ideia de uma pulsão de morte apontaria para algo que, na experiência da clínica, sempre retorna, se fixa e que está para além da regulação e homeostase do princípio do prazer. Em “O mal estar na cultura”, Freud (1930/2020) já havia nos alertado que a cultura, uma vez fundada sobre a renúncia pulsional, tem como pressuposto, obrigatoriamente, a não satisfação de pulsões poderosas (FREUD, 1930/2020, p. 347). Isso acaba por produzir uma sensação crônica de mal estar que escapa a todas as tentativas de extingui-lo, pois há sempre um resto que o faz incontornável. Esse resto, fruto de um déficit no equacionamento dessas forças pulsionais, não pode deixar de se relacionar com o que Lacan pontua a respeito da incidência da linguagem e do significante no sujeito ao dizer que o núcleo do trauma é a relação com a língua.

A interferência das palavras sobre os corpos não resulta somente em simbolizá-los, ou significantizá-los, em produzir uma extração do gozo, deixando nele um lugar vazio, inscrevendo nele uma falta, que abre para um uso diversificado e encadeado dos significantes na língua pessoal de cada um. Os significantes, as palavras, se corporificam, causando um impacto no corpo, desregulando o gozo que não pode ser todo simbolizado, mas que exige algum tipo de tratamento para que tanto o gozo como o corpo se tornem suportáveis. (BARROS, 2015, p. 3).

Em seu texto “Trauma, uma nova perspectiva sobre um real”, Barros (2015) começa explicitando que falar em um traumatismo estruturante em Lacan, isto é, falar do trauma da língua, é apontar que há também uma generalização do trauma mas diferente daquela indicada por Laurent em “O trauma ao avesso” (2004). Pois, trata-se aqui de um trauma que é do impacto da palavra no corpo do sujeito, como bem descreveu Niceias (2018, p. 7) como um “encontro primeiro que faz trauma no corpo, um encontro que separa o sujeito de seu primeiro objeto, imprimindo-lhe a marca indelével da mordida primeira da linguagem, a castração de seu gozo: *troumatisme*<sup>4</sup>”. Como também escreve Belaga (2006, p. 15), há duas vertentes do trauma, uma dimensão como processo - ligado ao real sem lei, ao não programável, ao trauma da língua - e outra como acontecimento, apresentado como a irrupção do real sobre as representações simbólicas que o sujeito tinha até o momento.

A fim de elucidar a articulação aqui pretendida entre o trauma e a urgência, seguiremos agora com breves fragmentos de dois atendimentos realizados na Enfermaria de Ortopedia. O

---

<sup>4</sup> “O autor procura dimensionar o traumatismo estruturante como um furo na linguagem fazendo esse neologismo com as palavras francesas “traumatisme” (traumatismo) e trou (buraco).

primeiro é o de Helena<sup>5</sup>, 39 anos, acometida por uma entorse do tornozelo direito. Ao ver a presença de uma psicóloga na enfermaria sinaliza sutilmente que gostaria de conversar. Inicialmente conta o motivo da sua internação e mostra a perna enfaixada: escorregou e virou o pé, queixou-se muito de dores na coluna e, junto delas, outras dores. Começou, então, a contar de seus problemas em casa, principalmente com seu filho mais velho. Disse de uma dificuldade em ser respeitada por ele, do seu jeito agressivo para com ela e de como foi se deixando de lado para cuidar do filho e marido. Ao final da conversa conclui apontando para a perna: “acho que esse foi o jeito de eu começar a cuidar de mim, quando sair daqui vou olhar mais para mim”.

O segundo caso foi um acompanhamento mais longo, com duração de aproximadamente um mês e meio. Vera, 53 anos, cadeirante, foi internada após sofrer uma queda da cadeira de rodas e fraturar o ulno. Passou por uma cirurgia e no pós-operatório começou a apresentar insuficiência respiratória. No atendimento queixou-se de insônia e falta de ar. Vera foi muito receptiva à abordagem quando me apresentei como psicóloga. Chorou muito durante o atendimento, falando intensamente sobre acontecimentos pregressos, como a morte do pai e da mãe, culpas que sentia, remorsos, sensações de desânimo e, também, da insônia. Interessante foi notar que, quando algum médico ou enfermeiro se aproximava do leito, a postura dela mudava inteiramente: parava de chorar, ficava descontraída, fazia piadas perguntando da alta. Assim que eles se retiravam, ela voltava a falar com pesar das suas situações. Era evidente o endereçamento que ela fazia à pessoa que se apresentava ali como psicóloga. O atendimento na semana seguinte se iniciou com um “estava pensando em você” e Vera expressou o quanto tinha sido importante, naquele momento, ter falado e ouvido as coisas que ela tinha dito, pois, concluiu depois, “todo mundo quer me contar os problemas” e de alguma maneira foi ali no hospital que foi possível a abertura de um espaço no qual ela conseguiu falar dos problemas dela para alguém. Depois desses dois atendimentos, Vera teve alta e eu continuei o acompanhamento por telefone por aproximadamente três semanas, e com isso foi possível minimamente cuidar de um pós-alta, construir alguns encaminhamentos clínicos importantes e acolher muito do sofrimento que ela trazia.

Nesses casos foi possível observar que, tanto no atendimento pontual de Helena quanto no acompanhamento mais longo de Vera, a urgência num hospital nunca cessa de não se escrever. Sendo ela da ordem de uma queda das referências subjetivas e representações simbólicas do sujeito, a clínica da urgência subjetiva está necessariamente ligada ao real. Real que é da ordem do traumático, do indizível, daquilo que é da “dimensão de buraco aberto na

---

<sup>5</sup> Os nomes dos pacientes que aqui serão relatados são fictícios.

relação do sujeito com um Outro, antes mesmo que esse Outro possa se constituir como um lugar onde se buscar respostas para aquilo que não se entende, mas que deixa marcas” (BARROS, 2015, p. 1).

Belaga (2006) afirma que na maioria das vezes o modelo de urgência responde ao trauma como acontecimento, ou seja, ao trauma como incidência do real no simbólico que em muitas vezes traz um estado de grande angústia para o paciente e/ou para a equipe. Nos casos de Helena e Vera, a solicitação de atendimento psicológico veio, no primeiro caso, pela própria paciente e, no segundo, pela equipe. O que observamos nos estudos de casos e supervisão é que quando a demanda vem da equipe a finalidade é bastante visível: dar conta daquele paciente muito angustiado, poliqueixoso ou daquele paciente que a queixa não cessa após a intervenção ou atendimento médico. Desse ponto de vista é desafiador pensar o trabalho do analista frente a esse modelo de urgência, já que a própria prática analítica se funda no abandono da teoria do trauma e no consequente avanço em direção a tomar o trauma como estruturante e próprio da linguagem.

Deste modo, no trabalho da urgência, em seu início, o paciente vem como sujeito exposto em sua singularidade, padecendo do universal e quem o escuta aposta no sentido, na construção do Outro. Assim, antes de falar, se produz uma inscrição no Outro, é a calma que encontramos pouco tempo depois do primeiro atendimento. É que o reconhecimento do outro produz um sentido (BELAGA, 2006, p. 16, tradução nossa)<sup>6</sup>.

Por via disso, trata-se, sobretudo, de um trabalho de circunscrição do furo feito pelo traumatismo, um trabalho de escuta que pretende evocar algo do inconsciente e apostar na construção de um sentido para aquele sujeito que se encontra perdido em suas referências simbólicas. A construção deste sentido, portanto, não é de qualquer sentido, mas de um sentido que possa localizar algo do inconsciente para reintegrar o sujeito aos seus laços subjetivos.

No primeiro caso relatado, quando a paciente formula a frase “acho que esse foi o jeito de eu começar a cuidar de mim” e aponta para o pé enfaixado, percebemos como muitas vezes o adoecimento é, como observam Cordeiro & Miranda (2020, p. 135), “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, causado por uma doença ou acidente, que muitas vezes não é possível evitar”. Assim, num contexto familiar de visível esquecimento de si em prol do filho

---

<sup>6</sup> No original: De esto modo, en el trabajo de la urgencia, en su comienzo, el paciente viene como sujeto expuesto en su singularidad, padeciendo de lo universal y quien lo recepciona apuesta al sentido, a la construcción del Otro. Así, ni bien se hace hablar, se produce una inscripción en el Otro, es la calma que encontramos al poco tiempo de iniciada incluso la primer entrevista. Es que ya reconocimiento del otro produce un sentido.

e marido, no leito de uma cama de hospital com o pé torcido, o analista se oferece apostando no aparecimento do sujeito e de seu desejo: “Quando sair daqui vou tentar olhar mais pra mim”, conclui a paciente.

É nesse sentido que podemos dizer que uma urgência só é subjetiva em função da resposta a ela dada, resposta esta que aponta para a extração do sujeito e que, portanto, está intimamente ligada à prática psicanalítica. Segundo Miller (2006-07, p. 9), a urgência para Lacan se configura como o que põe em movimento a demanda do analisante ao analista, pois se trata da “emergência daquilo que faz furo como traumatismo”. Isso traz a essencial relação entre o analista e a urgência, e o motivo de o termo “urgência subjetiva” ter aparecido em Lacan (1966/1998) num texto que evidentemente trata da questão da formação do analista.

No segundo caso relatado, como houve um acompanhamento maior, foi possível observar dois pontos importantes. O primeiro diz respeito ao tempo e de como incluir um tempo para falar de si tem efeitos muito visíveis na reorganização subjetiva, já que diante dos médicos ela queria se mostrar muito bem. O que nos faz pensar que não é simplesmente a presença física de um profissional que garante a inclusão deste tempo, mas é necessário uma escuta que possa fazer isso emergir. A segunda observação é sobre a demanda de atendimento que pode acontecer após o acolhimento. Seldes (2006) interroga “quando finalizar o tempo de atenção na urgência? (SELDES, 2006, p. 33, tradução nossa)”<sup>7</sup> e nos direciona para uma discussão sobre o tempo na clínica da urgência, o qual iremos abordar na próxima seção.

### **3.2 Demanda de tempo e o tempo de demanda: considerações sobre a temporalidade na clínica da urgência**

Nessa esteira da discussão sobre o trauma e a clínica da urgência localizada justamente onde o real faz furo no simbólico, na maior parte das vezes é configurado um momento de sofrimento e angústia para o sujeito. Aquilo que urge traz uma dimensão de algo que demanda agilidade, pressa em ser acolhido e atendido e que nos coloca de frente, por um lado, com a questão da demanda - demanda de pressa e resposta imediata - e do outro lado com o tempo - a pressa da demanda. Nesse sentido é intuitivo pensarmos a necessidade de discutir o tempo na clínica da urgência, uma vez que o trabalho do psicanalista dentro do hospital se encontra circunscrito num tempo que não é o do sujeito e no qual a urgência é tratada como urgência médica e não subjetiva.

---

<sup>7</sup> No original: ¿cuando finalizar el tiempo de la atención en la urgencia?

Essa afirmação sobre, no ambiente hospitalar, se tratar de uma urgência médica e não subjetiva pode ser corroborada não só pelo que já afirmamos, no início desse trabalho, sobre uma urgência só ser subjetiva em vista da oferta do analista, mas também é uma afirmação que se concretiza na forma como a demanda chega ao psicólogo no hospital. Na maioria das vezes, quando a demanda ou a solicitação por atendimento parte da equipe médica, ela é definida por critérios médicos sobre o que caracterizaria uma urgência ou necessidade de atendimento psicológico. Até mesmo na busca ativa, quando vamos à enfermaria e perguntamos à equipe se há alguma demanda, percebemos a utilização de um critério médico - e por vezes medicalizante - que em vários momentos aponta mais para a relação transferencial da equipe com o paciente do que para uma demanda do próprio paciente. Pacientes poliqueixosos, ansiosos, chorosos ou deprimidos sempre são os primeiros a serem indicados, de modo que pacientes como Helena nunca seriam acolhidos na enfermaria, pois são tranquilos e “aderem bem ao tratamento” aos olhos da equipe.

É nesse sentido que estar orientado pela psicanálise nos coloca na contramão daquilo que é esperado, como afirmam Ansermet e Borie (2007), pois o trabalho não visa responder só às urgências médicas, ainda que por vezes nosso trabalho conflua com os resultados médicos esperados. Tampouco visa recobrir de sentido o traumático, mas de “apostar no real desvelado pelo traumatismo, reconhecer o lugar de um impossível de dizer, apoiar-se nele a fim de abrir, de novo, o campo dos possíveis” (ANSERMET e BORIE, 2007, p. 154). Por outro lado, como colocam Cordeiro e Miranda (2020), é preciso também compreender que há uma pertinência do lugar do qual falam esses profissionais que nos demandam, sendo “necessário instituir uma escuta não combativa às intenções da equipe que inclua a oferta de uma ação entre várias, para que se possa contemplar o sujeito do inconsciente e os possíveis direcionamentos de seu tratamento” (CORDEIRO e MIRANDA, 2020, p. 143).

Isso nos leva a pensar, em um primeiro momento, a demanda de urgência – como ela nos chega como solicitação de atendimento – e, em um segundo momento, a urgência da demanda, isto é, o tempo em que ela urge. Assim como há pacientes que requisitam o atendimento em nome do traumático que ali emerge, implicando numa urgência subjetiva, há também casos em que a equipe médica localiza uma urgência que naquele momento não urge para o sujeito. Essa questão surgiu na supervisão de um caso atendido no HUPE, no qual o paciente, após várias paradas cardiorespiratórias, infelizmente veio a óbito depois de um grande esforço da equipe médica. Essa situação se desenvolveu de forma tão difícil para a equipe que fez emergir uma urgência tanto da esposa, que se encontrava em estado de extrema angústia,

desamparo e desorientação diante da situação de perda, quanto uma urgência também da equipe médica que estava visivelmente abalada.

Ao chegar ao Plantão Geral, recebemos um profissional da enfermaria de Pneumologia solicitando um psicólogo com urgência. Segundo o relato desse profissional, havia um paciente sofrendo uma parada cardíaca e que sua esposa, Estela, estava aos prantos no corredor. Acompanho-o até a enfermaria, e ele me relata poucos dados do paciente, mas consegue dizer que é grave e que há grandes chances do paciente vir a óbito. Ao chegar na enfermaria, vejo a esposa chorando no corredor, mas o profissional pede para que eu o acompanhe até dentro da enfermaria. Lá dentro haviam vários residentes e médicos tentando reanimar o paciente com o desfibrilador e todos muito ansiosos. O profissional pede então que eu acompanhe o procedimento, mas digo que vou ficar acompanhando Estela, pois é importante me apresentar antes da notícia de óbito - caso ela ocorresse. Dirijo-me a Estela, que estava sozinha no corredor, e a acompanho a partir daquele momento. Ela conta que eles tinham acabado de ter um filho, que o marido tinha uma cardiopatia grave e que já estava em tratamento há algum tempo no hospital. Chorou muito. Cerca de 20 minutos depois o paciente vem a falecer e a equipe de médicos vem dar a notícia muito abalados. Uma das médicas chega a chorar junto da esposa. Eles se retiram após uns minutos e eu continuo a acompanhar Estela até a chegada de outros familiares. Quando retorno à enfermaria para conversar com a equipe, percebo que todos estavam ou ocupados ou empenhados em se ocupar e se recusam a conversar naquele momento.

Esse atendimento foi importante para começarmos a pensar a temporalidade da clínica a partir do próprio manejo do analista que se depara, em atendimentos como esse, de muita pressa por uma resposta imediata e apaziguamento do sofrimento. A necessidade de poder incluir, após o instante de ver, um tempo para compreender. A posteriori, em supervisão sobre esse caso foi formulada a pergunta “De quem foi a urgência?” Dos médicos ou do familiar? Urgência aqui que se localiza para além da distinção entre a urgência médica e a subjetiva, mas na emergência mesmo de uma demanda, um requerimento de atendimento e, portanto, de sua pressa.

Agora se faz necessário retomar o importante texto de Lacan “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: Um novo sofisma” (1945/1998), no qual ele nos apresenta três modulações do tempo: o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. O mais importante nessas três modulações é entendê-las não numa ordem cronológica, mas em um movimento lógico. Para isso, Lacan apresenta um problema de lógica que é também um sofisma para transmitir essa dimensão do tempo na clínica.

De início podemos destacar alguns termos importantes já no título do texto: o primeiro é o “tempo lógico”, já inserindo essa ideia de que não se trata de um tempo cronológico nem de uma dialética espacial, isto é, de encadeamento linear de acontecimentos. O segundo termo importante é “asserção”, que significa uma afirmação categórica, uma proposição enunciada como verdadeira. E por último o termo “sofisma”, que diz de uma verdade falaciosa, isto é, trata-se de alguma coisa que não é certa, mas que se vale disso como se fosse.

O problema lógico apresentado por Lacan é basicamente o seguinte: há três prisioneiros e cinco discos (03 brancos e 02 pretos). Cada prisioneiro recebe um disco colado nas costas de maneira que eles só podem ver o disco dos outros. Todos receberam um disco branco. Esses prisioneiros são expostos ao desafio de tentar descobrir a cor do próprio disco em troca de liberdade. Para isso, teriam que apresentar um raciocínio lógico da resposta de modo que não poderiam simplesmente arriscar a sorte.

Então há um primeiro momento no qual eles se olham e se observam. Logo há um segundo momento de uma certa espera, uma hesitação da resposta. E, por fim, um terceiro momento no qual os três juntos saem da sala. Cada um separadamente é escutado e todos oferecem a mesma resposta dizendo que são brancos, com a seguinte justificativa: “Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: ‘se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo, não sou preto’” (LACAN, 1998, p. 198).

Nesse sofisma, os prisioneiros não somente antecipam uma certeza que eles não têm, como também necessitam uns dos outros para chegarem a essa certeza. Isso implica dizer que a conclusão que os prisioneiros chegam não é apenas uma conclusão pessoal, mas está fundamentada numa relação com os outros. Nenhum deles poderia ter certeza da cor do seu disco. Então eles se apoiam na suposição, eles supõem algo no outro, e é através dessa suposição que podem chegar a formular uma resposta: se o prisioneiro A vê dois brancos e supõe então que o prisioneiro B vê um branco (o prisioneiro C) e o disco de A; e se o B hesita na resposta é porque está pensando que o C não está vendo dois pretos, pois se estivesse teria saído logo de início. Portanto, é supondo na hesitação de B em relação a C que o prisioneiro A pode concluir que o que B está vendo atrás de suas costas é um disco branco.

Esse tempo de espera, portanto, essa hesitação, é fundamental. Sem ela não seria possível chegar a uma conclusão. E neste momento, o mais importante desse sofisma é compreender a estrutura temporal da clínica e apreender as três modulações do tempo indicadas por Lacan dentro de uma dialética do tempo, e não do espaço. Por isso não se trata de um

problema cronológico, pois o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir se reabsorvem e subsistem.

É interessante notar que a própria experiência da leitura deste texto de Lacan nos coloca diante dessa dialética temporal, uma vez que quando tentamos captar a compreensão do texto logo ele escapa. Na clínica é um processo parecido, e para isto apresentaremos um caso no qual essa dimensão temporal da clínica e da urgência fez muito sentido durante o andamento da pesquisa.

Contaremos o caso de Rosa, uma paciente idosa que havia descoberto recentemente um tumor de 6 cm no lobo occipital esquerdo. Cerca de um mês antes da descoberta começou a apresentar sintomas como dificuldade para terminar as frases e para mover o lado direito do corpo. O fisioterapeuta que a acompanhava desconfiou de algo neurológico e sugeriu à família que fizessem um exame, no qual foi descoberto esse tumor.

Quando cheguei à enfermaria, a equipe explicou que a paciente estava muito confusa e que os médicos estavam indicando uma cirurgia para a retirada do tumor. No momento do atendimento, Rosa estava realmente muito confusa e desorientada, com uma fala de difícil compreensão, hostil à qualquer abordagem, seja dos enfermeiros ou de outros profissionais. Depois desse atendimento difícil com a paciente, conversei com a filha dela que estava bastante inquieta e ansiosa para conversar comigo. Nessa conversa, ela contou toda sua preocupação com a cirurgia e me dirigiu uma demanda muito clara: “Pedi para chamar os psicólogos, pois eu queria que você conversasse com ela com seu jeitinho e a convencesse a fazer a cirurgia, pelo menos fazer com que ela diga se quer ou não fazer a cirurgia”. Logo após esse pedido, a filha explicou que havia sido ela quem solicitou o atendimento psicológico para a mãe, trazendo várias justificativas: a primeira porque era necessário convencer a mãe a entender a importância da cirurgia e a segunda era que achava uma responsabilidade muito grande tomar essa decisão em nome da mãe. (Essa segunda justificativa apareceu com mais dificuldade, após algum tempo de conversa). E assim ela inicia uma série de indagações e suas possíveis consequências: “Mas e se for melhor levá-la para casa? E se a cirurgia der errado? E se eu me arrepender de ter autorizado? Ou me arrepender de não ter autorizado?”. Após certo esgotamento dessas possibilidades, retornei para ela perguntando: “Mas se você levá-la para casa você também não vai estar tomando uma decisão?”

Nesse instante, houve uma hesitação. E ela disse: “É... É muito difícil, mas eu vou ter que assumir isso nesse momento, né? Então eu vou seguir o que os médicos estão sugerindo porque eles sabem o que deve ser feito e porque talvez seja mais seguro...”.

Na semana seguinte eu retorno para ver como a paciente estava. Ainda em pós-operatório, mas conseguindo conversar um pouco, disse que estava bem. A filha me chamou para agradecer dizendo a seguinte frase: "Obrigada por ter conversado comigo, era tão óbvio, mas eu não estava conseguindo ver".

A partir deste caso é possível pensar como a pressa da filha pela demanda de convencimento da mãe a deixava num curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir (Azevedo, 2018). Diante da notícia de um tumor cerebral da mãe e de sua incapacidade de poder decidir por si mesma, já que estava em um estado bastante delirante, a filha se vê obrigada a concluir, a tomar uma atitude que a deixa muito insegura e angustiada. E é por meio da escuta e da oferta da palavra que ela consegue não só colocar em jogo suas fantasias, como também conseguiu permitir que houvesse um tempo para compreender a situação. Tempo esse que é um tempo de hesitação no qual o sujeito pode vir à tona, se implicar na sua demanda e se responsabilizar por suas escolhas com um pouco menos de angústia. A pressa na urgência subjetiva existe mais enquanto uma precipitação, no sentido meteorológico, como a chuva, do que no sentido da rapidez, pois é essa precipitação que permite que o sujeito possa aparecer.

Além disso, consideramos importante trazer esse caso para evidenciar também a articulação aqui firmada entre a presença do analista e a urgência subjetiva no sentido da própria noção de urgência subjetiva que afirma Seldes (2006): "é uma noção intimamente ligada à psicanálise, derivada da psicanálise e, para sermos ainda mais precisos, diríamos que é uma noção derivada do psicanalista"<sup>8</sup> (SELDES, 2006, p.34, tradução nossa). Não se trata, portanto, somente de uma conceitualização psicanalítica e do que em teoria podemos pensar como clínica, mas diz de uma questão claramente da prática psicanalítica. Ou seja, o que diferencia a urgência subjetiva das demais urgências não é o fato de incluir nela a escuta do paciente, mas de, nessa escuta, ter como objetivo a assunção de um sujeito ali onde não há. E de poder incluir um tempo que não tem.

Portanto, quando sustentamos a possibilidade de outras práticas frente às situações de urgência, não estamos nos referindo evidentemente a "práticas alternativas" - no sentido conhecido hoje como técnicas que substituem as convencionais - mas de práticas e intervenções que têm em vista o aparecimento do sujeito e que, sobretudo, transformem em primeiro lugar a urgência numa urgência do sujeito.

Nesse sentido, podemos dizer que a psicanálise não tem um objetivo diferente frente a uma situação de urgência do que a medicina, por exemplo, pois ela também visa um momento

---

<sup>8</sup> No original: Es una noción intimamente ligada al psicoanálisis, derivada del psicoanálisis y si quisiéramos ser aún mas precisos diríamos que es una noción derivada del psicoanalista.

de concluir. A diferença, porém, está na condição de que esse momento de concluir passe pelo tempo de compreender. Passagem esta que não significa uma sucessão de eventos, como se o tempo para compreender garantisse certa integralização do saber a ponto do sujeito melhor concluir - já que os tempos segundo Lacan obedecem a uma lógica e não a eventos cronológicos - mas trata-se de uma passagem que permite o encontro com a falha - como na situação trazida em que a filha da paciente conseguiu se deparar com o fato de que não seria possível sair daquela situação sem se responsabilizar, à revelia de si mesma.

É pela via desse tempo e desse encontro com essa falha que ela consegue “concluir esse movimento lógico na decisão de um juízo”, como Lacan (1998, p.206) definiu a asserção sobre si e passar assim do “tempo de compreender o momento de concluir” ao “momento de concluir o tempo de compreender”. Há, portanto, um momento de pausa que é crucial para o sujeito que está preso no curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir. Pausa esta indispensável e em certa medida provocada, inserida pelo analista e também para o analista, uma vez que sem a pausa talvez estejamos fadados a ocupar um lugar no hospital mais parecido a de um secretário do médico do que propriamente de um analista.

Era evidente a impossibilidade de, em tão pouco tempo, “convencer” uma paciente desorientada a fazer uma cirurgia. Por outro lado, tentar “convencer” a filha a assinar a cirurgia por meio de explicações científicas seria além de impotente, um lugar do qual não poderia ocupar. Portanto, foi na pausa e na escuta de suas fantasias que alguma intervenção pode ser feita.

### **3.3 Um dispositivo clínico-institucional**

Além de ser localizada na articulação com o trauma e na discussão da temporalidade, a urgência subjetiva é encontrada na bibliografia atual, antes de tudo, como um dispositivo clínico-institucional de orientação psicanalítica. A partir de um levantamento bibliográfico dos trabalhos em urgência subjetiva, foi observado que a clínica da urgência tem sido discutida e estudada em setores de saúde diversos e em instituições para além dos hospitais.

A maior parte dos trabalhos que encontramos hoje nas plataformas digitais quando procuramos por “urgência subjetiva”, são trabalhos que tratam da urgência pensada dentro de um hospital geral. Porém, numa pesquisa mais aprofundada encontramos trabalhos muito interessantes em outros campos. Cada artigo faz um caminho singular, mas podemos dizer que observamos alguns pontos em comum que permeiam as discussões. Como, por exemplo, a

conceituação da urgência subjetiva e sua diferença com a urgência médica, o tempo na clínica da urgência e a oferta de escuta feita pelo analista.

No âmbito hospitalar, o trabalho escrito por Azevedo (2018), “Da pressa à urgência do sujeito”, ao trazer a discussão do tempo lógico na clínica, equipara a urgência a um “curto-circuito” entre o instante de ver e o tempo de compreender, no qual o analista “pode funcionar como um ‘facilitador’, um destinatário da palavra, no qual o sujeito possa se representar” (AZEVEDO, 2018, p. 209). A autora, portanto, consegue articular o tempo, a urgência e o analista de maneira clara, com referências importantes.

Por esse caminho também seguem as autoras Cordeiro e Miranda (2020) em “A vida por um fio: a escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica”, no qual definem o sujeito acometido por uma urgência, como aquele que está no intervalo entre “o que não existe e o que está prestes a existir” (CORDEIRO e MIRANDA, 2020, p. 137). Trazem também uma vinheta clínica para evidenciar o trabalho desse tempo na urgência e o lugar do analista como um lugar não alinhado ao discurso do saber e do curar, mas um lugar que aposta na singularidade do caso.

Por último, o artigo de Moreira e Santos (2019), “Psicanálise aplicada à instituição: a prática clínica no hospital geral”, traz um ponto da discussão interessante, que é a invenção na clínica nos momentos de maior desesperança para o paciente, e colocam o adoecimento como uma ferida narcísica com a qual o analista se depara e oferece uma escuta que possa abrir a possibilidade para um novo investimento libidinal.

Ainda no contexto hospitalar, porém em setores específicos do hospital, encontramos o trabalho de Barboza et al (2019), “Urgência subjetiva em emergência obstétrica de alto risco: um estudo psicanalítico”, que levanta questões sobre perdas e acontecimentos inesperados na enfermaria de obstetrícia. As autoras procuram localizar a angústia, o trauma e o tempo como elementos intimamente entrelaçados à urgência subjetiva e à sua inscrição por meio da escuta do analista que assegura uma pausa diante da pressa.

Já os artigos de Peralva (2008) - “O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite a urgência da vida” - e de Baroni e Kahhale (2011) - “Possibilidades da clínica lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência” - vão abordar o tema da morte em casos de cuidados paliativos, articulando urgência e terminalidade. No primeiro artigo, a autora relata um caso em palição e discute a urgência subjetiva diante da finitude humana, a morte. O que nos chamou a atenção neste trabalho é a forma como a autora conseguiu dimensionar a clínica na urgência subjetiva colocando-a como uma via de acesso à vida e ao desejo. A morte como a angústia de castração diante da perda e da separação, como

situa a autora retomando Freud, é o que permite essa via de acesso. E o desejo do analista, ao situar o campo do Outro para o paciente terminal, permite que o seu desejo – o desejo do paciente – apareça. Com este trabalho se tornou possível vislumbrar como o contexto da morte e da finitude não se encerram apenas em casos em palição ou com pacientes terminais, mas atravessa todo o sofrimento acarretado pelo adoecimento e pelo encontro com a queda dos significantes que ancoram a subjetividade, sendo assim um trabalho importante sobre a própria clínica na urgência. Nesse caminho também seguem Baroni e Kahhale (2011), endossando que a clínica psicanalítica é a clínica do desejo, mesmo diante da terminalidade, e ao analista cabe implicar o sujeito em seu sofrimento e transformá-lo em posição subjetiva. (BARONI E KAHHALE, 2011, p. 62)

Há, ainda, trabalhos muito pertinentes em outros espaços, como é o caso de Rodrigues e Muñoz (2020), “Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica”, que investigam o manejo da urgência a partir de questões levantadas em um ambulatório público de saúde mental. Aqui, as autoras partem do que tem sido muito recorrente na clínica atualmente - como as manifestações de angústia atreladas ao ato - e procuram relacionar o fenômeno da angústia ao acting out e à passagem ao ato perpassando, nesse percurso teórico-clínico, pelos fundamentos da psicanálise de maneira cuidadosa e levantando questões muito necessárias.

A psicanálise opera a partir da fala e da transferência. Foi com a descoberta da eficácia da palavra que ela nasceu e que se sustenta desde então. A partir da experiência clínica, percebemos que o sofrimento, muitas vezes, não é expresso pela fala, sendo vivido como um mal-estar alheio, desvinculado da história e do momento de vida de quem padece. Além disso, verificamos que muitos sujeitos possuem dificuldades de construir uma narrativa que lhes permita situar o mal-estar e localizar os vínculos e referências simbólicas que lhes delimitam um lugar no mundo. Que desafios estão implicados neste modo de apresentação subjetiva? Como a psicanálise pode contribuir de modo a restituir a aposta na palavra e em seus efeitos? (RODRIGUES; MUÑOZ, 2020, p. 91).

As autoras tomam, então, a angústia como baliza para as intervenções do analista, intervenções estas que procuram deslocar o encontro com a angústia paralisante para uma convocação ao trabalho psíquico. Ainda no contexto da saúde mental em que a situação de crise e manifestação de angústia estão frequentemente presentes, o trabalho de Rodrigues, Dassoler e Cherer (2012), “A aplicabilidade do dispositivo clínico institucional da urgência subjetiva no tratamento da toxicomania”, procura investigar as possibilidades do dispositivo da urgência subjetiva no CapsAd, entendendo que o recurso tóxico por muitas vezes é o único recurso que o sujeito dispõe. Nesse sentido, a escuta por parte do analista e a oferta da palavra, mostram-se

extremamente importantes para circunscrever o real, fazer uma borda em torno do sofrimento, como dizem os autores.

Há ainda outros trabalhos no campo da saúde mental como é o de Burni (2018), “A urgência subjetiva no serviço residencial terapêutico: efeitos da escuta analítica”, no qual a autora consegue, no relato de um caso de paranoia, transmitir e articular teoria e a prática no que tange ao efeito da escuta diante uma crise psicótica e de como essa escuta analítica orientada pela urgência do sujeito pode ser importante na estabilização de quadros psiquiátricos graves.

No âmbito internacional, encontramos autores de referência no tema das urgências subjetivas e precursores dos dispositivos de urgência, como as publicações e os trabalhos desenvolvidos por Guillermo Belaga e Ricardo Seldes, já aqui citados, que compõem o livro “La urgencia generalizada” (2006). Ricardo Seldes atualmente é diretor do P.A.U.S.A (Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidade), um centro de assistência e pesquisa em psicanálise e urgência subjetiva em Buenos Aires. Foi criado em 2005 e atualmente é composto por uma vasta equipe de analistas e psiquiatras que tratam de escutar as urgências subjetivas de crianças, adolescentes e adultos, além de produzirem jornadas e seminários anuais.

Realizar o levantamento bibliográfico se fez relevante para podermos dialogar com os trabalhos que temos disponíveis atualmente em urgência subjetiva e, também, para nos apropriarmos melhor do tema. Visto que o impasse fundador da pesquisa foi em um dispositivo da saúde mental e de início ainda muito difuso, o contato com esses trabalhos tão concisos e articulados, auxiliou na compreensão da clínica na urgência e de seus efeitos práticos. Além disso, conseguiu também despertar um desejo de fazer avançar os estudos em urgência subjetiva e explorar aspectos que podem ser importantes para o dispositivo, como o aprofundamento no que diz respeito à formação do analista e de seu desejo, tema que pretendemos dar ênfase, a seguir, na segunda parte deste trabalho.

## 4 O QUE É UM ANALISTA?

Agora, tendo procurado abordar a questão a respeito da urgência subjetiva e entender que ela não aparece sem o analista, cabe-nos interrogar o que é um analista. E mais, o que faz de um analista, um analista? Em uma investigação psicanalítica, essa pergunta aparece não só na prática clínica e na análise pessoal, mas também quando estamos falando do trabalho na instituição. Principalmente quando estamos pensando na inserção do analista em uma instituição majoritariamente médica, na qual o saber psicanalítico não é o referencial teórico e em que a pergunta se desdobra muito mais em pensar a sua função - o que um analista faz na instituição - do que a sua própria constituição. No entanto, intentamos tornar complementares a função e a constituição do analista, na medida em que responder o que define um analista é também responder de onde parte sua prática e seu lugar dentro da instituição.

Tanto na experiência analítica quanto na relação com o analista dentro de uma equipe, não se trata de uma relação com um saber especialista, cuja finalidade é a de complementar o saber do sujeito (no caso da experiência analítica) ou da equipe (no caso de um trabalho multidisciplinar), mas antes se trata do estabelecimento de uma outra relação com o saber. Como aponta Lacan (1953/1979, p. 31) em O Seminário, livro 1, “a realização de uma análise é sempre um caso singular, mesmo que esses casos singulares se prestem não obstante a alguma generalidade, desde que há mais de um analista”. Essa “generalidade” dos casos da qual fala Lacan evidentemente não é correlata à ideia de unanimidade dos casos - já que afirma antes que “uma análise é sempre um caso singular” - mas se refere antes de tudo ao desejo de Freud de que o que ele fazia pudesse ser feito por outros - “desde que há mais de um analista”. Portanto, falar em certa generalidade dos casos, é falar de uma certa formação em psicanálise que permita haver mais de um analista.

Neste capítulo intentamos explorar a parte referente à formação do analista que aqui será abordado a partir de duas balizas: o desejo do analista e o analista na instituição. Essa subdivisão traz em si uma dupla face do nosso trabalho em urgência subjetiva no hospital: a urgência do paciente e a urgência da instituição. Assim, no primeiro tópico abordaremos a formação do analista no âmbito clínico e no segundo, no âmbito institucional. O objetivo aqui é poder articular o quanto a formação do analista comprometida com a transmissão da psicanálise incluindo nela a falta, é um ponto nodal para pensarmos as urgências subjetivas dentro da instituição e irmos no sentido em que Lacan (1998, 1966, p. 237) afirma que,

“enquanto perdurar um vestígio do que instauramos, haverá *psicanalistas* para responder a certas urgências subjetivas, ainda que qualificá-los com o artigo definido fosse dizer demais”.

#### 4.1 O desejo do analista e a afânise do sujeito

Até o momento, optamos por desenvolver o conceito e o dispositivo de urgência subjetiva, articulando-o à presença do analista e também à ideia do trauma e da temporalidade clínica. Agora exploraremos, mais especificamente, o tema referente ao próprio analista e ao seu desejo como mola do dispositivo analítico. Para isso, entendendo os limites deste trabalho para adentrar em tema tão vasto e transversal no ensino de Lacan, teremos como fio condutor o livro “O desejo do psicanalista: liberdade e determinação em psicanálise” de Diana Rabinovich (2000), importante comentadora no referido assunto.

Ao percorrer o livro fica evidente o sucesso da autora em conseguir pinçar e articular pontos cruciais no ensino de Lacan para entendermos o desejo do analista que, de antemão, ela afirma que precisa ser pensado em uníssono com a ética da psicanálise e a responsabilidade do psicanalista (Rabinovich, 2000, p. 11). Dividido em seis capítulos, Rabinovich (2000) desenvolve o que podemos chamar aqui de quatro coordenadas da operação psicanalítica. Inicia-se com a própria noção do desejo do analista, logo depois com o saber do analista, e perpassa, ao longo da discussão sobre as operações de alienação e separação, pelo discurso do analista e pelo ato psicanalítico. Em seu anexo, a autora traz uma discussão sobre a Escola em psicanálise que nos traz uma perspectiva de como o conceito do desejo do analista é atravessado pela própria história da psicanálise e de uma tentativa de Lacan em responder a um problema acerca da formação do psicanalista.

A abertura da conceitualização do desejo do analista, começa com a autora situando-o como um lugar que sustenta um vazio e que permite o aparecimento do desejo do Outro do analisando e o seu objeto *a* como causa desse desejo. É, então, um desejo que está na posição de objeto do desejo do Outro. Aqui, Rabinovich traça, partindo de Lacan, um paralelo entre a ironia socrática e o desejo do analista no sentido de que ambos introduzem esse desejo na posição de objeto, não de qualquer objeto, mas o objeto que é o desejo do Outro. Nas palavras da autora:

O desejo do analista definido como um vazio, como um lugar onde algo poderá se instalar, morar, torna evidente que o que se deve instalar ali, na prática da psicanálise, é o desejo do paciente como desejo do seu Outro, o da historicidade própria do paciente, o das circunstâncias próprias de sua vida. Não se trata de colocar em jogo o desejo de um Outro "generalizado" ou generalizável, razão que invalida por si só o

desejo entendido como desejo de reconhecimento do Outro (RABINOVICH, 2000, p. 14).

Há, portanto, um esvaziamento necessário do lugar do próprio desejo do analista enquanto sujeito para que, nesse vazio, o desejo do analisando possa aparecer. Porém, não se trata de um vazio qualquer, mas de um vazio que possa fazer operar o dispositivo analítico e que possa tornar evidente esse lugar da linguagem como “uma comunicação em que o emissor recebe do receptor sua própria mensagem sob forma invertida” (Lacan, 1966/1998, p. 299). Ou seja, um lugar no qual aparece o Outro a quem se dirige o sujeito em análise. Pois é esse lugar que indicará sua posição de sujeito e que permitirá ao analista viabilizar, com o manejo da transferência, a transformação da queixa em uma demanda. Como bem coloca Quinet (2009, p. 16): “É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta para o estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo”.

O esvaziamento do lugar do analista é, então, um vazio que permite escutar esse endereçamento e colocá-lo em vias de um trabalho psíquico. E aqui a equiparação a Sócrates é muito interessante, uma vez que Sócrates com seu método maiêutico colocava seu interlocutor diante um jogo dialético de perguntas e respostas que, acompanhado da ironia, levava-o a questionar suas verdades e conceitos, ou seja, possibilitava que uma questão pudesse aparecer, como fica evidente em seu diálogo com Agatão em “O Banquete” de Platão, no qual Sócrates, numa série de perguntas, consegue fazer com que Agatão se questione sobre tudo o que afirmou previamente sobre o Amor, sustentando ali um furo, um buraco na sua argumentação que por sua vez traz um efeito não só de perda e equívoco nessa argumentação mas também de causação, de busca por uma reformulação.

Podemos dizer, então, que o analista funciona como um operador analítico, ou seja, como operador de causa de uma análise, ocupando uma função lógica no dispositivo que é sustentado não por critérios objetivos como felicidade ou bem estar, mas sustentado pelo seu desejo, desejo que a análise aconteça, desejo de discurso, de fazer falar. Causa de análise que, assim como no diálogo socrático, só pode ser acedida a partir de uma experiência de perda.

O desejo do analista é colocado, portanto, como mola propulsora de uma análise por ser aquilo que se torna necessário para o aparecimento do sujeito e de seu desejo. Assim sendo, de antemão podemos observar que se é necessário um dispositivo para fazer emergir o sujeito, é porque este sujeito está, de alguma maneira, submerso, encoberto. E é nesse sentido que, sob o nome de “afânise do sujeito” grafado no subtítulo desta seção, pretendemos introduzir a

discussão da causação do sujeito em Lacan no que refere às operações de alienação e de separação abordado por Rabinovich (2000).

Lacan (1966/1998) cita o termo “afânise” - do grego “*aphanisis*” que significa “desaparecimento” - no seu artigo “Do sujeito enfim em questão” ao criticar a conceitualização de Jones sobre a afânise do desejo. Para Lacan, Jones estaria recusando a castração ao equipará-la com o desaparecimento do desejo. Como bem estruturou Chatelard (2001), em Jones observa-se uma correlação da castração com o desaparecimento do desejo no sentido de uma abolição do gozo e não no sentido de uma perda como em Freud. A isso Lacan chamou “ingenuidade da perversão pessoal” (LACAN, 1964/1998, p. 233) - visto que o perverso é aquele que não admite a castração - para denominar tanto Jones quanto Ferenczi por recusarem a castração por meio de uma transposição da fantasia de castração para a fase anal extraída de uma fase oral universal na qual a castração na fase fálica fica desaparecida (LACAN, 1965/1998, p. 232-233). Ao contrário disso, em Lacan, vemos que é justamente por haver castração e haver um sujeito dividido que se torna possível falar de uma afânise, não uma afânise do desejo, mas sim do sujeito.

No “O Seminário: Livro 11” (1964/2008) Lacan desenvolve sobre a afânise do sujeito nos capítulos XVI e XVII e a insere como indispensável na instituição da dialética do sujeito. Em suas palavras: “Não há sujeito sem, em alguma parte, *afânise* do sujeito, e é nessa alienação, nessa divisão fundamental, que se institui a dialética do sujeito” (LACAN, 1964/2008, p. 216). Ou seja, a castração ao fazer a marca simbólica da perda e ao incluir o sujeito no campo do simbólico, isto é, no campo do Outro, divide esse sujeito. E, se por um lado esse sujeito perde algo do seu ser que não pode ser representado, por outro ele é circunscrito sob um significante que o nomeia no campo do Outro.

Nesse sentido, Lacan (1964/2008) vai falar então em duas faltas que se recobrem. A primeira falta é essa da qual falamos, que eclipsa, sombreia o sujeito por meio de um significante que o representa no campo do Outro e que deixa necessariamente um resto do sujeito de fora dessa representação, isto é, um resto que não pode ser representado por esse significante. Laurent (1997) traz um exemplo que elucida essa passagem:

Por exemplo, um "menino mau" é representado como um "menino mau" em relação ao ideal de sua mãe. Logo, "menino mau" (ou qualquer outra identificação que serviu, num tempo, como significante-mestre) funciona para o sujeito como uma linha mestra durante toda a vida deste. Ele é definido como tal e se comporta como tal. No próprio momento em que o sujeito se identifica com esse significante, fica petrificado. É definido como se estivesse morto, ou como se lhe faltasse a parte viva de seu ser que contém seu gozo (LAURENT, 1997, p. 38).

Neste exemplo, o significante “menino mau” ao mesmo tempo em que representa o sujeito no campo do Outro, o faz desaparecer no campo do ser, uma vez que esse menino é também outras coisas que ficam de fora do significante. A segunda falta tem a ver com esse segundo momento (no sentido lógico e não cronológico) no qual o sujeito tenta se identificar com o significante que lhe foi dado e se apercebe também incompleto e faltoso, ou como coloca Laurent (1997) “Ao tentar definir-se dessa maneira, ele cria outra falta: o fato de que seu gozo é somente parcial” (LAURENT, 1997, p. 38).

Rabinovich (2000) define então a falta, a perda e a causa como três operações diferentes da dialética do sujeito nas quais a primeira exige a segunda para que se estabeleça a terceira. Melhor dizendo, a falta primeira de sujeito que acontece por meio do significante dado pelo Outro precisa passar ao estatuto de perda, de algo que se perdeu, para que a causação do sujeito se produza. A dialética do sujeito não acontece, portanto, sem o campo do Outro e a sua causa é, por isso mesmo, uma causa do desejo como desejo do Outro.

Voltemos agora à equiparação entre o analista e Sócrates: se o desejo do analista é esse lugar vazio que procura dar lugar ao desejo do Outro do analisando, é também, necessariamente, um lugar que aponta para a causação desse sujeito e desse desejo. O jogo dialético de Sócrates que leva seu interlocutor a recusar suas afirmações anteriores para assumir outras formulações produz um efeito de perda que se faz necessária para a causação do diálogo e dessas novas formulações. Nesse sentido, podemos dizer que isso se aproxima da operação analítica na qual o sujeito precisa passar pela perda para aceder ao seu desejo.

Em vista disso, poderíamos então interrogar que o psicanalista e seu desejo teriam como objetivo a condução desse sujeito ao seu desejo? E que, necessariamente, teria de passar pela perda? Rabinovich (2000) nos dá pistas:

O psicanalista é esperado no lugar do objeto *a* do paciente, na sua relação com o desejo do Outro histórico desse paciente, que ele requer, precisa. É o instrumento - o uso da palavra “instrumento” é intencional - mediante o qual o psicanalista tem que rejeitar esse objeto no final da análise, tornando possível a queda do sujeito suposto saber. [...] Esse é o *imperativo próprio do psicanalista*: onde estava o sujeito suposto saber deve advir o objeto *a*. (RABINOVICH, 2000, p. 84).

A perda é, portanto, no campo do Outro, do lado do analista. É preciso que o analista enquanto Outro na relação com o analisante caia do lugar de suposto saber para que o resto da dialética do sujeito, o objeto *a*, advenha e com isso, se possa fazer algo. Retomando aqui o caso de Rosa<sup>9</sup>, em que sua filha acionou o serviço de psicologia na intenção de que aquele

<sup>9</sup> Este caso foi relatado na página 23 deste trabalho.

profissional pudesse sanar sua angústia e impedi-la de ter que escolher entre permitir a cirurgia ou não. Ali, foi necessária a queda dessa posição de suposto saber, ou seja, de alguém que saberia de antemão como resolver tal impasse, para que a filha pudesse então fazer algo com aquela angústia paralisante e pudesse operar com a sua perda. Podemos dizer que naquele momento a filha da paciente estava petrificada sob o significante “responsável” de forma com que ela não conseguia tomar uma decisão. Solicitava, assim, que eu como psicóloga pudesse convencer sua mãe, naquele momento, muito desorganizada, para que ela se visse livre dessa decisão. Aqui podemos evocar uma imagem para esse impasse com o “jogo do 15”<sup>10</sup>, neste jogo para as peças deslizarem é necessário um espaço vazio, uma vez que este espaço é travado, torna-se impossível jogar. A filha, petrificada sob o significante “responsável” não poderia operar sem sua perda - nem autorizar a operação (aqui, literalmente) de sua mãe.

Esta demanda tomada na perspectiva psicanalítica felizmente pode encontrar outros encaminhamentos que não fossem o trabalho de convencimento e orientações. De início a demanda foi acolhida e nesse acolhimento foi sendo pinçado os significantes principais e mapeado suas significações. O significante “responsável” aparecia em muitos questionamentos como “eu não posso ficar responsável por isso”, “só eu estou como responsável”, “tenho medo de dar errado e eu ser a responsável”. A filha não queria se responsabilizar por uma cirurgia mal sucedida e questionava se deveria levar a mãe para casa.

A partir dessa escuta breve e de uma postura de não-resposta à demanda inicial, pude devolver uma pergunta para essa filha: “Mas se você levá-la para casa você também não estará tomando uma decisão?”. Essa pergunta, que aponta para uma perda, perda da possibilidade de ter uma saída completa e sem angústia, a colocou de encontro com algo do qual ela não poderia renunciar e a impulsionou para uma resposta: “então eu vou autorizar conforme os médicos estão dizendo que é o melhor”.

É na medida em que o sujeito vem a representar sua parte e jogar sua partida na separação que o significante binário, o *vorstellungsrepräsentanz* é *unterdrückt*, cai por baixo. [...] O sujeito tem que se libertar é do efeito afanísico do significante binário e, se olharmos de perto, veremos que, efetivamente, não é de outra coisa que se trata na função da liberdade (LACAN, 1964, 2008, p. 214).

A função da liberdade é elucidada por Rabinovich (2000) ao pontuar que a libertação do efeito afanísico passa por um sem-sentido que em nada tem a ver com a ausência de desejo

---

<sup>10</sup> o “jogo do 15” consiste em um jogo de quebra-cabeça com 15 peças que estão alocadas e em uma placa de metal ou madeira oca, de forma que elas não podem sair desse nicho, apenas deslizar entre as colunas e linhas. Para isso, há então um espaço vazio no qual se torna possível essas peças deslizarem para atingir o objetivo do jogo: colocar os números em ordem numérica.

daqueles que chegam aos nossos consultórios referindo não ver sentido em nada. O sem-sentido aqui tem a ver com a libertação do sentido desse *vorstellungsrepräsentanz* que Lacan traduziu por “representante da representação” e o definiu como o próprio significante binário (S1 - S2) sob o qual o sujeito está eclipsado, desaparecido. Libertar-se do sentido desse significante é, portanto, o motor do desejo, uma vez que implica em libertar-se desse efeito afanísico que o submete a um significante do qual ele, enquanto sujeito, fica desaparecido para poder então aceder ao seu desejo.

Assim, podemos dizer que o desejo do analista dá margem para um certo grau de liberdade na medida em que procura situar a pura diferença entre S1 e S2 “para que o analisando aceda ao limite em que pode aparecer um amor não submetido necessariamente ao regime da lei e da metáfora paterna, mas submetido ao regime do encontro contingente.” (Rabinovich, 2000, p. 132).

A formação do analista, nesse sentido, precisa estar comprometida com a transmissão do desejo do analista e com o sujeito que, sendo um sujeito marcado pela castração, a ela a formação também está comprometida. Ao longo do texto “Do sujeito enfim em questão” Lacan critica a análise didática justamente por não se comprometer com o sujeito. Em 1964 Lacan escreve o Ato de fundação de sua escola e propõe um dispositivo para a formação de analistas. A seguir iremos abordar esse dispositivo, o cartel, pretendendo fazer equiparações ao lugar do psicanalista no hospital.

#### 4.2 Do mais-um do cartel ao “menos um” na instituição

Não preciso de uma lista numerosa, mas de  
trabalhadores decididos, como sou desde já.

*Lacan*

Nesta seção pretendemos traçar um paralelo entre a função do “mais-um” no cartel - que implica em favorecer a elaboração do grupo, manter a estrutura do nó borromeano e de um laço possível de trabalho - e o “menos um” que o psicanalista ocupa na instituição no sentido de ser aquele que aponta para a falta estrutural e opera a partir da perda, sendo assim, ao menos um analista o necessário para pensarmos a psicanálise no hospital já que aqui não se trata de números, mas de uma função a ser ocupada.

No Ato de fundação da Escola Francesa de Psicanálise, Lacan (1964/2003, p. 235) começa e termina seu texto dizendo da formação do analista e do comprometimento desta com a práxis original que Freud instituiu sob o nome de psicanálise: “Este objetivo de trabalho é indissociável de uma formação a ser dispensada nesse movimento de reconquista”. Para isso, Lacan propõe um dispositivo para a execução do trabalho na Escola que apoia-se em um pequeno grupo.

Esse grupo que ele denominou de cartel teria de ser composto, nas palavras de Lacan, “de no mínimo três pessoas e no máximo cinco, sendo quatro a justa medida. MAIS UM encarregado da seleção, da discussão e do destino a ser reservado ao trabalho de cada um.” (1964/2003, p. 235). Ou seja, o cartel se propõe ser não só um instrumento ou um meio para a realização do trabalho, mas em si um convite, um empurrão ao trabalho, como coloca Jimenez (1994).

Ainda no texto do Ato de fundação, Lacan enfatiza o quanto esse trabalho de modo algum implicará em uma hierarquia, mas em uma organização circular que se firma na experiência (1964/2003). Essa parte é especificamente importante no sentido de demarcar o quanto Lacan estava comprometido com uma formação cuja ênfase estava na transmissão da psicanálise e não em uma aglutinação identificatória acerca do que é um analista e do que é preciso para se tornar um. Tampouco a Escola garante a autorização do psicanalista, pois não é o pertencimento à Escola em si que faz do analista um analista. Nas primeiras linhas da “Proposição de 9 de outubro de 1967” (1967/2003), Lacan deixa explícito um princípio da Escola e esclarece a questão da garantia

Primeiramente um princípio: o psicanalista não se autoriza senão por si mesmo. Este princípio está inscrito nos textos originais da Escola e decide sua posição. Isso não impede que a Escola garanta que um analista dependa de sua formação. Ela pode fazê-lo, por iniciativa própria. E o analista pode querer essa garantia, o que, por conseguinte, só faz ir mais além: tornar-se responsável pelo progresso da Escola, tornar-se psicanalista de sua própria experiência. (LACAN, 1967, 2003, p. 248).

Ou seja, aqui Lacan evidencia o quanto a garantia em se tornar analista está não em pertencer a Escola mas nesse “ir mais além” que se abre quando o analista ao procurar a garantia precisa, dentro da Escola, se encontrar com a sua própria experiência e com a sua responsabilidade pelo progresso da Escola. Nesse sentido, a função que o mais-um exerce nos cartéis é a de, justamente, descompletar o grupo para que, nisso que ele descompleta, o encontro com a falta estrutural possa ser sustentado. Isto é, sua função é a de manter em movimento esse

princípio que Lacan anuncia na “Proposição” a fim de evitar que a formação do analista se torne um processo de identificação ao mestre.

Há, portanto, uma posição ocupada pelo mais-um que é a de provocação, provocação ao trabalho e à elaboração. Jacques Allain Miller em “Cinco variações sobre o tema da elaboração provocada” (MILLER, 1994) apresenta cinco formas em que o mais-um pode experimentar ao tentar ocupar sua função no cartel e de como isso diz mais de um deslizamento pelos discursos do que de uma posição cristalizada, ou de antemão situada em um dos discursos. Ou seja, a função do mais-um em poder descompletar o grupo para colocá-lo a trabalho só se sustenta a partir de certas torções do lugar em que ele é colocado.

O mais-um colocado no discurso do mestre, segundo Miller toma a forma de um “chamado ao trabalho”, o mais-um tomado nesse lugar pode vir a ser um senhor que faz o outro trabalhar, os cartelizantes o escolhem por entendê-lo como “mestre-ao-trabalho” (MILLER, 1994). Nesse sentido, Miller vai dizer que o incômodo é que “enquanto mestre, ele não pode jamais fazer trabalhar senão o saber que já está aí, e não pode produzir mais do que aquilo que está fora do simbólico, digamos por enquanto, o objeto a.” (MILLER, 1994, p.4). Há então uma impotência, uma paralisação deste trabalho sendo necessário uma torção deste lugar. A mesma torção precisa acontecer quando o mais-um é colocado no lugar “daquele que sabe” (discurso universitário), ou “do analista do cartel” (discurso do analista). Ambas produzem impotências para o trabalho do cartel e a saída para isso, segundo Miller, seria no discurso da histérica.

São interrogações o que o mais-um precisa trazer, coloca Miller (1994), e nesse sentido o autor o aproxima da posição socrática de um provocador. No discurso da histérica no lugar do agente do discurso temos o sujeito barrado (\$), que se dirige a um outro que ocupa um lugar de senhor (S1) e o faz produzir um saber sobre seu sintoma (S2). Num cartel estruturado neste discurso o mais-um está situado numa posição de “faz-de-conta” do sujeito dividido, que provoca o desejo de saber a partir de sua divisão, de seu desejo. (JIMENEZ, 1994). Portanto, o mais-um neste lugar de sujeito também põe-se a trabalho no cartel, que na posição de sujeito barrado insere o efeito de sujeito no cartel (Miller, 1994). E aqui Miller relaciona o mais-um ao menos-um, pois se por um lado o mais-um é também um dos membros do cartel, por outro, ele só se junta ao grupo para descompletá-lo, para cumprir sua função de incluir a falta.

E é nessa incompletude que o mais-um sustenta que o pretendemos articulá-lo com o lugar do analista na instituição. Sabemos que o analista no hospital, ainda que esteja orientado por uma ética e um discurso radicalmente diferente da ética e discurso médicos, não deixa de ser parte da equipe. Machado e Chatelard (2014) tratam de diferenciar a radicalidade desses discursos ao equiparar o discurso do mestre ao discurso médico uma vez que exclui tanto a

subjetividade do médico quanto a do doente. Visto que é um discurso que se sustenta por critérios de objetividade e cientificidade, acabam por excluir as posições subjetivas de ambos. O médico, diz a autora, se apaga enquanto sujeito diante a exigência do saber médico assim como o doente se apaga diante a sua doença (MACHADO e CHATELARD, 2014, p.191). O S1 (significante mestre) como vimos no tópico anterior, ao representar um significante a outro significante, produz a afânise do sujeito, que é aqui, sustentada pelo discurso médico.

O discurso do analista, por outro lado, se compromete com o sujeito que ali padece. O apagar-se enquanto sujeito que o analista se propõe, inteiramente oposto desse apagamento do médico enquanto sujeito, diz respeito não a uma sustentação da afânise do sujeito diante o S1, mas de sua libertação dela, pois a subtração que o analista faz de si dá lugar ao sujeito do inconsciente, ao Outro do analisante e de seu desejo.

No âmbito institucional, por estar o analista comprometido com o sujeito, podemos dizer que o lugar que ele ocupa não é de um especialista, de um saber a mais dentre os tantos outros, mas, pelo contrário, ele ocupa um lugar de “menos um” saber, de um conjunto vazio que assim como o mais-um, “indica o lugar do simbólico que faz buraco, vindo na posição de grande Outro como eco do grupo no conjunto vazio” (CABAS, 1994, p 62). Assim como o mais-um no cartel não irá se identificar ao sujeito suposto saber, o analista no hospital também não poderá se identificar com esse lugar de suposto especialista. Ele há de deslizar do discurso do mestre ou do analista para um lugar em que possa provocar uma elaboração e colocá-la a trabalho.

Lembro-me aqui, de uma discussão clínica entre os médicos em um dos plantões no hospital a respeito de um funcionário da instituição que estava na emergência devido a uma sensação de falta de ar. Os médicos então discutiam entre si se era sintomas de Covid-19 ou se era uma crise de ansiedade, decidindo por fim receitar um ansiolítico para o paciente. Nessa ocasião, o analista é aquele que entre Covid-19 e crise de ansiedade, interroga: por que não os dois?

Em “O lugar da psicanálise na medicina” (1966/2001), discurso proferido por Lacan para médicos na La Salpêtrière em 1966, Lacan faz uma crítica severa aos rumos que tem tomado a medicina e o lugar que o médico tem ocupado a partir do discurso da ciência em relação às demandas feitas à medicina. Lacan é categórico: “É no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica” (LACAN, 1966/2001, p.10). Lacan então, adverte a classe médica ao risco que correm ao se distanciar da clínica, no sentido da *klinike tekhne*, daquele médico à beira do leito, para se aproximar de critérios de objetividade que caminham cada vez mais para a retirada subjetiva do médico e de sua possibilidade de responder a significação da demanda. E por fim, Lacan

(1966/2001, p.10) interroga: “Onde está o limite em que o médico deve agir e a quem deve ele responder?”.

A atualidade deste texto de Lacan surpreende quando observamos hoje o crescente espaço que tem tomado a Medicina Baseada em Evidência: uma medicina que pretende excluir qualquer fator intuitivo e propriamente clínico da assistência médica em vista de uma objetividade supostamente neutra e que só se faz sustentar um discurso que não se interessa pelo campo do saber, tal qual o senhor não se interessa pelo campo do saber, o campo do outro em que está o escravo. Seu interesse, como coloca Machado e Chatelard (2014), está em que as coisas caminhem, que funcionem. Traremos agora um caso acompanhado na enfermaria de ortopedia que evidencia o comprometimento do discurso médico não com o sujeito mas com a ordem e o comando.

Na ortopedia a equipe sinalizou que havia uma paciente muito agitada, difícil de lidar e que demandava muito, o que os fizeram identificar uma possível demanda de acompanhamento. Já foi perceptível nesse momento com a equipe uma certa dificuldade na lida com a paciente e até mesmo certa irritação. Dirigi-me, então, à paciente, Ana, que estava entristecida, se queixando muito da equipe com comentários que iam de reclamações técnicas a opiniões sobre o temperamento dos profissionais. Dizia que estava sendo maltratada, que os técnicos de enfermagem eram grossos e que não levavam a queixa dela à sério. Conta que estava com erisipela na perna e que não estava conseguindo andar nem se alimentar. Em um dado momento sofreu uma queda da própria altura ao tentar ir ao banheiro.

A acompanhei por volta de três semanas e em todas ela falava da dificuldade para se alimentar, porém em um desses atendimentos aceitou que eu desse iogurte para ela. Em outro atendimento, quando cheguei na enfermaria vi Ana levando uma advertência da técnica de enfermagem por ter jogado sua fralda no chão. Quando ela me vê pareceu ficar constrangida. Quando conversei com essa técnica, ela se mostrou visivelmente irritada com a paciente e disse que “ela só não tem alta porque não se ajuda”, que é muito demandante e poliqueixosa. Nesse atendimento Ana relatou que estava com candidíase na boca e começou um outro antibiótico naquela semana. Na perna, a ferida parecia não melhorar, ela ficava muito ansiosa querendo ver a situação da perna e o prognóstico da sua doença, e falava muito dessa angústia de não saber da sua própria condição: “eu só queria que me dessem um parecer da minha situação, eu não consigo nem ver minha própria perna, me sinto perdida.” Na quarta semana, quando retornei para ver a paciente, sou informada que ela havia falecido na madrugada anterior.

De todo o fragmento clínico, talvez a fala da enfermeira e a construção da demanda ao atendimento psicológico evidentemente salta aos olhos: “ela só não tem alta porque não se

ajuda”. Ou seja, se a medicina diz que para ela melhorar ela precisa comer, levantar da cama e obedecer as regras do hospital, como ela não o faz, a melhora não acontece porque ela não quer se curar. Isto é dito, muitas vezes como se a cura fosse o único objetivo pelo qual o doente procura o médico. Ora, dizer que o doente busca a cura, diz Lacan (1966/2001), não responde a absolutamente nada, uma vez que existe um hiato entre demanda e desejo que podem inclusive ser diametralmente opostos. A medicina uma vez comprometida com a exclusão da subjetividade em prol de uma objetividade, não consegue mais ouvir tampouco trabalhar com a significação da demanda, colocando então em risco a própria posição médica.

Dizer isto, é dizer por fim que o analista na instituição, assim como o mais-um no cartel deve estar advertido em não ocupar a posição de “tapa-buraco”, isto é, a ocupar uma posição que a medicina não ocupa. O resultado disso no cartel - e ousamos dizer que também na instituição - é apontado por Miller (1994, p.5): “os participantes se fazem de bobos [...] tendo como único resultado a denúncia de alguns significantes-mestres, o que me parece muito pouco”. Dizer que a psicanálise é atualmente o que mais se aproxima da posição original do médico, como conclui Lacan em seu texto, talvez seja dizer que o lugar propriamente do psicanalista seja colocar isso a trabalho dentro de uma instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da minha experiência enquanto psicóloga hospitalar e ao longo desta pesquisa, foi possível notar que experimentar praticar a psicanálise dentro do hospital é estar rodeado de impasses e atravessado por uma pressa que exige a cada momento uma torção da posição que nos colocam e nos evocam. O profissional da psicologia é colocado, principalmente dentro do hospital geral, como o profissional autorizado e capacitado para lidar com aquilo que não é da alçada médica, a escutar pacientes em crise ou que apresentam um humor que não está eufímico, pacientes poliqueixosos e que de alguma maneira dificultam o trabalho da equipe ou o progresso da terapia médica. Mas aqui, se tratando de pensar não um psicólogo, mas um psicanalista dentro do hospital, esse lugar de onde nos convocam e as demandas que nos fazem me levou primeiramente à pergunta que leva o título deste trabalho: quem pode escutar na urgência?

Essa primeira indagação, se nos leva a pensar, de início, que tentamos responder quem está autorizado a escutar na urgência, ela o faz senão para nos retirarmos desta pergunta. O psicanalista estando na contramão do discurso médico, não ocupa um lugar de especialista o qual está autorizado a escutar na urgência, pelo contrário, é justamente por estar comprometido com o sujeito do inconsciente que pode se indagar que autorização é essa para se escutar, que demanda é essa que vos é feita, que urgência é essa que lhes é imposta a responder.

Lembro-me aqui de uma demanda feita aos psicólogos no plantão a respeito de uma paciente que estava no corredor do hospital, aparentemente em crise e que foi identificada como uma paciente psiquiátrica por conta da desorganização mental. A impressão dessa demanda foi muito evidente: se tem algum paciente psiquiátrico no hospital, chamamos o psicólogo. Questionar então quem pode escutar na urgência é, neste sentido, questionar os caminhos que a medicina tem tomado a ponto de, em sua clínica, não haver mais espaço para escutar e acolher, de ter que delegar qualquer escuta mais atenta ao que eles consideram um especialista no quesito acolhimento. Retomando a pergunta que Lacan faz aos médicos: "Como eles [os médicos] responderão às exigências que convergiram bem rapidamente para as exigências da produtividade?" (LACAN, 2001/1996, p. 13).

Questionar os caminhos que a medicina tem tomado ao longo do progresso tecnocientífico e pontuar o distanciamento que ela tem feito de sua clínica médica que como diz Lacan (1966/2001), é uma herança antiga e uma função sagrada de escuta dos vestígios do corpo doente, não é dizer ou intentar que todos sejam psicanalistas ou que sendo todos

psicanalistas a clínica estaria garantida. Mas é, antes de mais nada, fazer uma torção da posição que nos colocam para sustentar com a equipe o encontro com o real, com o traumático e o indizível nas demandas de urgência. Pois se Lacan localiza que a posição original da medicina se aproxima da posição do psicanalista é senão para afirmar que há algo a ser transmitido pela psicanálise que diz de uma posição e não de um saber especializado.

Escolher dizer da presença de “ao menos um” analista no hospital é então evidenciar que aqui tratamos de falar de uma posição e uma função dentro do hospital. De uma posição que pretende operar a partir da perda, do real e transmiti-lo a partir da prática mesma da psicanálise, orientada pelo desejo do analista e de sua ética.

Por outro lado, vemos no capítulo 3 que uma urgência só é subjetiva em função da oferta da palavra feita pelo psicanalista. O que nos leva a pensar que em termos de urgência subjetiva há sim alguém que pode ou não escutar, visto que ela depende da presença do analista. Então, se por um lado questionamos a autorização que nos dão dentro do hospital, procurando nos situar fora do campo do saber especializado, por outro afirmamos que a subjetivação da urgência não se dá sem a oferta do analista.

Diante desta aparente contradição, o que procuramos sustentar ao longo do capítulo é que esse “poder escutar” na urgência subjetiva está mais próximo de uma possibilidade do que de uma autorização. A ideia da autorização nos remete a ideia de algo que foi concedido ou que porta o direito de, como o cirurgião é quem pode operar, o psiquiatra quem pode prescrever psicotrópicos, o cardiologista que pode entender o cardiograma. Isto é, a autorização em si traz uma ideia de especialização que é não só distante da psicanálise como também é o que a psicanálise pretende subverter. Já a possibilidade está no campo do possível, de algo que pode se dar ou não, e que aqui, com a oferta do analista, faz-se possível por meio do acesso à palavra. Enquanto o “poder” como “direito de” exige uma operação por meio do saber e da capacitação profissional, o “poder” enquanto “possibilidade” exige uma operação por meio de uma função a ser ocupada.

Ainda no capítulo 3, na última seção, procuramos desenvolver a temporalidade da clínica na urgência por meio dos três tempos lógicos de Lacan procurando enfatizar a função da pausa nas demandas de urgência como um momento que permite o sujeito vir à tona e por meio de suas fantasias, medos, queixas, questionamentos, possa elaborar uma demanda e uma saída do curto-circuito em que se encontra. Da mesma maneira, é na pausa que o analista também consegue analisar as demandas tanto do paciente quanto da equipe, e colocar a trabalho tanto a si mesmo quanto a posição que está sendo convocado, como implicar a própria equipe ou paciente em sua queixa.

Nesse sentido, podemos então dizer que há uma dupla face quando trabalhamos com as demandas de urgência no hospital: a urgência do paciente e a urgência da instituição. Ambas nos exigem um acolhimento da demanda e um tempo de pausa. Entendendo aqui que acolher não é o mesmo que responder a demanda, esse movimento só é possível se conseguirmos inserir na pressa da resposta um tempo para compreender a pergunta que nos é feita. Nesse ponto, Lacan (1966/1998) nos fala de três modulações temporais que não são cronológicas mas que, obedecendo a um movimento lógico, possibilita ao sujeito emergir a partir de uma precipitação em relação ao outro ou, ao contrário disso, permanecer num curto-circuito sem conseguir aceder. O analista é então aquele que oferta a palavra e um tempo de compreender que o permite encontrar uma saída outra, um momento de concluir. Ou como Seldes (2006, p.34) nos diz, “um tempo em que ele possa incluir os fenômenos em um dizer”.

É por isso que consideramos importante neste trabalho sobre urgência subjetiva dedicarmos um capítulo para desenvolvermos especificamente sobre o analista. Pois entendemos que a formação do analista incluindo aí sua ética, seu desejo, seu ato e seu discurso, abrem a possibilidade de uma subjetivação da urgência que aposta na construção de um sentido que permita ao sujeito aparecer e com isso se implicar no seu padecimento. A formação do analista, estando comprometida com a transmissão de um lugar, de uma função, de menos-um saber e de um desejo, se compromete em fazer haver analistas, “ainda que qualificá-los com o artigo definido fosse dizer demais, mais ainda, desejar demais” (LACAN, 1966/1998, p. 237). Ou seja, ainda que haja mais de um psicanalista, é no “ao menos um” que podemos qualificá-lo.

Por fim, ainda que seja desejar demais, indicamos que esta pesquisa como mais uma contribuição no campo da psicanálise e no tema referente às urgências subjetivas, possa também contribuir para pesquisas futuras e profissionais mordidos pelos impasses cotidianos do hospital, pois entendemos que ela aqui se conclui mas não se encerra.

## REFERÊNCIAS

ANSERMET, F; BORIE, J. Apostar na contingência. In: MATET, J. D.; MILLER, J. (Orgs). **Pertinências da Psicanálise Aplicada: Trabalhos da Escola da Causa Freudiana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 153-158.

AZEVEDO, E. Da pressa à urgência do sujeito - Psicanálise e urgência subjetiva. **Analytica**, São João del-Rei, vol. 7, n. 13, p. 208-217, 2018.

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2316-51972018000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972018000200006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 out. 2022.

AZEVEDO, G. M. G.; AMARAL, H. U. Teoria da sedução: ascensão e queda ou O surgimento do Édipo. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo , v. 55, n. 2, p. 149-164, 2021.

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2021000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2021000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 out. 2022.

BARBOZA, E. M. O. et al. Urgência subjetiva em emergência obstétrica de alto risco: um estudo psicanalítico. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 19, n.3, p. 1-11, 2019.

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692019000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692019000300004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 out. 2022.

<http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e7550>.

BARONI, C. S. F., KAHHALE, E. M. P. Possibilidades da clínica lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. **Psicol. Hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 53-74, 2011.

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092011000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 out. 2022.

BARROS, M. R. C. R. Trauma, uma nova perspectiva sobre um real. **Opção Lacaniana online**, São Paulo, v. 6, n. 16, p. 1-9, 2015.

BELAGA, G. A. La urgencia generalizada: la practica en el hospital. In \_\_\_\_\_(Org.). **La urgencia generalizada**, Buenos Aires: Editora Grama, 2005, p. 11-20.

BURNI, M. M. F. A urgência subjetiva no serviço residencial terapêutico: efeitos da escuta analítica. **Pretextos - Rev. da Grad. em Psicol. da PUC Minas**, v.3, n.5, p.23-34, 2018.

CABAS, A. G. Do mais-um. In: JIMENEZ, S. (Org.). **O cartel**. Rio de Janeiro: Campus, 1994, p. 51- 55.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, Niterói, vol. 11, n. 4, p. 640-652, 2008.

CALAZANS, R.; NEVES. T. I. A pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. **Ágora**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 2, p. 191-205, 2010.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6ª Edição, 2009, p. 44.

CHATELARD, D. S. Algumas considerações sobre o termo afânise a partir de E. Jones e J. Lacan. **Ágora**, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 2, p. 51-59, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

CORDEIRO, S. N.; MIRANDA, F. S. A vida por um fio: a escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica. **Est. Interd. em Psicol.**, Londrina, vol 11, n. 3supl, p.132-145, 2020.

ELIA, L. **A psicanálise, o inconsciente e o público**: o que autoriza conceitualmente a psicanálise a intervir no campo público? [Texto apresentado na disciplina Psicanálise e Campo Público do Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas].

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: MACHADO, R. (trad. e org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREUD, S. Carta 69. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1895, vol. 1, p. 350-352.

FREUD, S. Além do princípio de prazer. In: \_\_\_\_\_. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1920, vol.18, p.123-198.

FREUD, S. O mal estar na cultura. In: \_\_\_\_\_. **O mal-estar na cultura e outros escritos** Rio de Janeiro: Autêntica, 2020/1930, p. 305-405,

JIMENEZ, S. O cartel. In: \_\_\_\_\_(Org.). **O cartel**. Rio de Janeiro: Campus, 1994, p. 11-33.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: \_\_\_\_\_. **Outros Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003/1967, p. 248- 264.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, São Paulo, vol. 32, p.8-14, 2001/1966.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998/1966, p. 197-213.

LACAN, J. Do sujeito enfim em questão. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998/1966, p. 229-237.

LACAN, J. **O Seminário, livro 1**: Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1979/1953-54.

LACAN, J. **O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008/1964.

LACAN, J. Ato de fundação. In \_\_\_\_\_. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LAURENT, E. O trauma ao avesso. **Papéis de Psicanálise**, Belo Horizonte, vol. 1, n. 1, p. 21-28, 2004.

LAURENT, E. Alienação e separação I. In.: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). **Para ler o seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, p. 31-41.

LAURENT, E. Alienação e separação II. In.: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). **Para ler o seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, p. 41-51.

MACHADO, M. do V.; CHATELARD, D. S. O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os institucionais. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 187-202, 2014.

Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692014000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 out. 2022.

MASSON, J. M. A teoria transformada. In: \_\_\_\_\_. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. Rio de Janeiro: Imago, 1986, p. 265-267.

MILLER, J. O inconsciente real, 2006-07, opção lacaniana.

MILLER, J. A. Cinco variações sobre o tema da elaboração provocada. In: JIMENEZ, S. (Org.). **O cartel**. Rio de Janeiro: Campus, 1994, p. 01-10.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. Teoria método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 21ª edição, 2002.

MOREIRA, M. I. R., SANTOS, T. C. Psicanálise aplicada à instituição: a prática clínica no hospital geral. **Rev. Aseph, de Orient. Lacan.**, Rio de Janeiro, v. 14 (28), p. 125-140, 2019.

NICEAS, C. A. Uma conversa sobre o traumatismo. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-48912018000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912018000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2018v1p.1>.

PERALVA, E. L. M. O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite a urgência da vida. **Práxis e Formação-UERJ**, Rio de Janeiro, ano 1, p. 65-72, 2008.

RABINOVICH, D. S. **O desejo do psicanalista: liberdade e determinação em psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

RODRIGUES, M. S.; MUÑOZ, N. M. Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2020.

RODRIGUES, J. A., DASSOLER, V. A., CHERER, E. Q. A aplicabilidade do dispositivo clínico institucional da urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 18, p. 69-88, 2012.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 12.ed, 2009.

SELDES, R. La urgencia subjetiva: un nuevo tiempo. In: BELAGA, G. A. (Org.). **La urgencia generalizada**: la práctica en el hospital. Buenos Aires: Editora Grama, 2005, p.31-42.