

A Clínica Psicanalítica das Urgências Subjetivas no Hospital Universitário: Construção de um Caso Clínico

Daniela Lima de Almeida¹

¹Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil.

Suely Aires¹

¹Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil.

Resumo: O hospital constitui-se como um contexto em que a urgência subjetiva pode vir a se apresentar de forma frequente, instaurando, para cada sujeito, uma vivência de angústia. O objetivo desta pesquisa foi investigar as possibilidades para uma clínica das urgências subjetivas no contexto de um hospital universitário em Salvador, considerando as vivências em uma residência multiprofissional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, em que se realizou revisão teórica sobre o tema e se construiu um caso clínico, sob orientação psicanalítica. A escolha do caso baseou-se na escuta clínica ao longo dos atendimentos e da atuação em equipe multiprofissional, considerando os impasses ao longo do tratamento. Foram utilizados registros documentais produzidos pela psicóloga residente ao longo dos atendimentos, que ocorreram durante três meses. Os resultados apontam para as contribuições da escuta psicanalítica no tratamento das urgências e na atuação em equipe multiprofissional no contexto hospitalar. A subjetivação da urgência permitiu, no caso em questão, um tratamento pela palavra do que havia incidido diretamente no corpo como fenômeno. Conclui-se pela relevância em discutir o tema da urgência e suscitar novas pesquisas, reintroduzindo no contexto hospitalar a questão sobre a subjetividade.

Palavras-chave: Psicanálise, Hospital Universitário, Urgências Subjetivas, Construção do Caso Clínico.

Psychoanalysis of Subjective Urgencies at a University Hospital: Construing a Clinical Case

Abstract: Hospitals are contexts in which subjective urgency can frequently materialize, triggering an experience of anguish for each subject. Hence, this research investigates the possibilities of establishing a subjective urgency clinic at a university hospital in Salvador, considering the experiences in a multidisciplinary residence. A qualitative, exploratory research was conducted by means of a theoretical review on the topic and construction of a clinical case, under psychoanalytical advisement. The case was chosen based on clinical listening during the sessions and performance in a multidisciplinary team, considering the obstacles for long-term treatment. Data were collected from documentary records produced by the resident psychologist during three months. Results point to the contributions of psychoanalytic listening to treating subjective urgencies and to the performance of a multidisciplinary team in the hospital context. In the case in question, subjectivation of urgency allowed a treatment through the word of affecting phenomenon. In conclusion, discussing urgency and conducting further research, are fundamental to reintroduce subjectivity in the hospital context.

Keywords: Psychoanalysis, General Hospital, Subjective Urgency, Construction of the Clinic Case.

La Clínica Psicoanalítica de Urgencias Subjetivas en el Hospital Universitario: Construcción de un Caso Clínico

Resumen: El hospital es un contexto en el que frecuentemente se puede percibir una urgencia subjetiva, estableciendo una experiencia de angustia para cada sujeto. El objetivo de esta investigación fue investigar las posibilidades de una clínica de urgencia subjetiva en el contexto de un hospital universitario en Salvador (Brasil), considerando las experiencias en una Residencia Multiprofesional. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio, en la que se realizó una revisión teórica sobre el tema y construcción de un caso clínico, con orientación psicoanalítica. La elección del caso se basó en la escucha clínica a lo largo de las sesiones y actuación en un equipo multidisciplinar, considerando los impasses para el tratamiento a largo plazo. Se utilizaron registros documentales elaborados por el psicólogo residente, durante las atenciones, que se realizaron durante tres meses. Los resultados apuntan a las contribuciones de la escucha psicoanalítica en el tratamiento de urgencias y en la actuación de un equipo multidisciplinario en el contexto hospitalario. La subjetivación de la urgencia permitió, en el caso en cuestión, un tratamiento a través de la palabra de lo que había afectado directamente al cuerpo como fenómeno. Se concluye que es relevante discutir el tema de la urgencia y plantear nuevas investigaciones, reintroduciendo el tema de la subjetividad en el contexto hospitalario.

Palabras clave: Psicoanálisis, Hospital Universitario, Urgencias subjetivas, Construcción del caso clínico.

Introdução

Situado no âmbito das interlocuções entre psicanálise e saúde mental, este relato de pesquisa busca abordar a clínica das urgências subjetivas em um hospital universitário. Resgatamos da teoria psicanalítica o conceito de urgência subjetiva para fazer referência àquilo que aparece como uma ruptura na linha do tempo, retira o sujeito de suas rotinas e o força a elaborar uma nova relação com o real (Seldes, 2019).

O hospital geral constitui-se como um contexto em que a urgência subjetiva pode vir a se apresentar de forma frequente, uma vez que nos deparamos com sujeitos em vivência acentuada de angústia, diante de adoecimento, violências, perdas e rupturas dos laços sociais, ou diante do que pode marcar, para cada um, um excesso que convoca ao trabalho de elaboração psíquica. Donnarumma e colegas (2006) alertam que os plantões e emergências dos serviços de saúde já não são o espaço privilegiado para o surgimento e escuta das urgências, uma vez que sua irrupção pode se dar contingentemente em qualquer momento e espaço do hospital. Considera-se, neste artigo, a urgência como o estabelecimento de uma descontinuidade, excesso que irrompe e provoca uma quebra

discursiva, apresentando-se na dimensão do atuar em lugar de dizer com palavras.

O contexto que permitiu traçar o caminho desta pesquisa envolve uma diversidade de experiências na residência multiprofissional com ênfase em saúde mental, uma vez que, no primeiro ano, há circulação entre várias enfermarias de um hospital universitário em Salvador, Bahia. Tal vivência permite realizar uma torção em algo bastante escutado no cotidiano do hospital acerca de um lócus específico para a saúde mental, apontado como a enfermaria de Psiquiatria. Investigar a clínica das urgências subjetivas no hospital geral permite subverter essa lógica, pois ao longo dos rodízios em diferentes enfermarias foi possível trabalhar com casos que presentificavam para cada sujeito e para a equipe um nó complexo de rearranjos diante do sofrimento psíquico, convocando a uma invenção contingente do fazer clínico. Nesse contexto, formulamos o seguinte problema de pesquisa: Quais as possibilidades para uma clínica das urgências subjetivas em um hospital universitário?

Sotelo (2006) assinala que a urgência pode se manifestar como dor, sofrimento insuportável, sinal do que não anda, apresentando-se habitualmente

como uma ruptura aguda em que o sujeito poderá experimentar uma passagem da intimidade de sua estrutura ao transbordamento que o desacomoda. Para reintroduzir a dimensão subjetiva na urgência é possível bordejar os pontos em que se produziu essa ruptura, pondo o sujeito a trabalho.

Ao discutir os entrelaçamentos entre o que nomeia como uma urgência generalizada, nas formas de laço social, e os efeitos disso para um sujeito, Belaga (2005) destaca que a urgência generalizada se refere a um traumatismo, no nível coletivo e singular, em que encontramos uma impotência do discurso para ler o acontecimento. Assim, possibilitar o uso da palavra permite que o sujeito possa construir algum contorno psíquico, passando da urgência generalizada para uma subjetivação.

A urgência pode surgir como uma vacilação dos recursos construídos frente ao real e implica um sofrimento psíquico que engendra um curto-circuito temporal entre o instante de ver e o momento de concluir, elidindo o tempo de compreender (Seldes, 2019). Essas dimensões do tempo constituem o que Lacan (1964/2008) formula como tempo lógico, tempo intersubjetivo que, na urgência, busca uma saída para o encontro com o real que marca o instante de ver, sem passar pelo tempo de compreender como um tempo de elaboração.

Ao discutir as especificidades da urgência na psicanálise, Sotelo (2015) a diferencia das concepções de urgência e emergência formuladas pela medicina. Nesse campo, a urgência se refere ao surgimento de um fenômeno que requer atenção por parte do sujeito que sofre e que, embora sem risco iminente de morte, necessita de intervenção médica em rápido espaço de tempo para que não haja agravos. Na emergência, por sua vez, trata-se de uma situação que demarca um risco vital e exige assistência médica imediata. Sotelo (2015) considera que há uma singularidade na concepção psicanalítica das urgências subjetivas, uma vez que o psicanalista fará uso de uma pausa lógica para que seja possível emergir sujeito.

A questão do tempo lógico na urgência subjetiva possibilita-nos distinguir entre *ruptura* da cadeia significante, que mortifica o sujeito ao impedi-lo de representar-se (Seldes, 2006), e *intervalo* entre significantes, que possibilita um efeito sujeito a partir da divisão subjetiva que produz uma representação pelo significante, ao mesmo tempo em que testemunha sua falta-a-ser. Esse jogo entre representação

e desvanecimento é possível quando inclui o Outro, pois o sujeito depende do significante e o significante está primeiro no campo do Outro (Lacan, 1964/2008). Na urgência, o sujeito tem desestabilizada sua posição diante do Outro, o que implica ruptura e vivência de angústia. Retomar a cadeia de significantes por meio de uma abertura ao tempo de compreender, produzindo um intervalo entre significantes, pode permitir ao sujeito aparecer em sua divisão.

Ao abordar os modos de subjetivação na contemporaneidade, Birman (2019) afirma que, diante da perda da dimensão de alteridade na experiência psíquica, o sujeito não mais constrói uma via de apelo ao Outro, o que implica que o mal-estar contemporâneo apresenta-se principalmente como dor, e não como desamparo. Delimita uma diferença entre ambos ao localizar na dor uma experiência solipsista, em que o sujeito tangencia um enclausuramento, não havendo espaço para uma dialética: “a dor impõe-se no psiquismo e se canaliza pela via da descarga. Esta pode realizar-se pelos diferentes registros do corpo, da ação e da intensidade, como os grandes eixos constitutivos das perturbações psíquicas contemporâneas” (Birman, 2019, p. 128). Por outra via, considera o desamparo uma experiência alteritária, uma forma de mediação que inclui o Outro, em que se produz um endereçamento de uma demanda. Podemos extrair destas considerações uma possibilidade de subjetivar a urgência ao promover, de início, uma passagem da dor para o desamparo por meio da presença de um analista como destinatário dos significantes que possam emergir.

Sotelo (2015) assinala que as instituições de saúde são atravessadas pela subjetividade de cada época e que as urgências são cada vez mais frequentes nas diversas formas de apresentação clínica, o que requer a construção de dispositivos que possibilitem a passagem de uma urgência generalizada para uma subjetivação. Frente à emergência do real, no ponto em que as estratégias formuladas pelo sujeito para lidar com sua irrupção mostram-se ausentes, como ofertar um tratamento pautado na singularidade? Como algo desse trabalho pode ser tecido no hospital geral a partir da ética da psicanálise?

Neste trabalho, discutimos estas questões a partir da construção de um caso clínico, método de pesquisa em psicanálise que permite cotejar os impasses e nós que se apresentam ao longo de um tratamento, tendo como horizonte a singularidade de

um caso (Vorcaro et al., 2016). Abordamos a resposta singular de um sujeito diante do encontro com o real, que, ao elaborar uma situação de urgência subjetiva, dá um passo além de uma inscrição direta no corpo pela via de um Fenômeno Psicossomático (FPS), passando a enlaçar os registros do real, simbólico e imaginário por meio de sua vinculação ao Candomblé e de elementos significantes presentes na construção de uma fotografia. A singularidade faz ressoar o movimento do inconsciente para tentar dar conta do encontro com o contingente, testemunhando as invenções que o sujeito pôde formular (Siqueira & Queiroz, 2014).

Desta maneira, o objetivo desta pesquisa foi investigar as possibilidades para uma clínica das urgências subjetivas no contexto de um hospital universitário em Salvador, Bahia, considerando as vivências como residente multiprofissional. Para esse propósito, foi empreendida uma revisão de literatura acerca do tema de pesquisa e a construção de um caso clínico. Entrelaçado a este percurso, foram analisados os tensionamentos entre a clínica das urgências subjetivas e o contexto institucional-hospitalar, bem como as ressonâncias da presença dos praticantes de psicanálise em equipe multiprofissional.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, por explorar a complexidade, a polissemia e a interdisciplinaridade que constituem o campo da saúde mental (Minayo & Sanches, 1993). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com o protocolo nº 39640820.4.0000.0049. Foram observados os cuidados éticos acerca do sigilo e da minimização dos riscos aos participantes. Com fins de dirimir o risco da quebra de sigilo, foram retiradas as informações que pudessem identificar o sujeito e foi utilizado nome fictício. Esta pesquisa segue as observâncias da Resolução nº 001 (2009) do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que trata dos registros documentais e em prontuário decorrentes da prestação de serviços psicológicos, incluindo a atuação em equipes multiprofissionais.

Construção dos Registros

O caso escolhido para compor esta pesquisa foi acompanhado em um hospital universitário. Essa seleção foi baseada na escuta clínica ao longo

dos atendimentos individuais e da atuação em equipe multiprofissional, considerando os impasses ao longo do tratamento, os quais suscitaram a pergunta de pesquisa. Foram utilizados registros documentais produzidos pela psicóloga residente e praticante da psicanálise ao longo dos atendimentos, que ocorreram durante três meses. Estes registros se deram em formato de evoluções em prontuário eletrônico e diário de campo em que eram considerados aspectos elaborados pelo sujeito e elementos referentes à construção do cuidado em equipe.

Pesquisa em Psicanálise e Construção do Caso Clínico

A pesquisa em psicanálise considera uma radical singularidade do sujeito e dela extrai uma estrutura passível de articulação com os operadores conceituais, fazendo avançar a prática clínica e a teorização psicanalítica a partir dos efeitos de um tratamento, dos desafios e questões encontradas em cada caso. Isso implica que a psicanálise esteja envolta em “localizar um saber insabido na singularidade do sintoma” (Vorcaro, 2018, p. 43).

Ao situar a construção do caso como uma importante contribuição da psicanálise para o campo da saúde mental, Figueiredo (2004) destaca que “a finalidade da construção deve ser justamente a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho conjunto” (p. 78), o que pode ter um efeito sobre o trabalho em equipe nas instituições de saúde.

No processo de construção do caso clínico, temos, de início, um relato da história clínica construída pelo analista, por meio da qual se obtêm um retrato geral do tratamento e a identificação de uma questão para abordagem na construção que depende da escolha do pesquisador, em que o analista encontra-se implicado (Figueiredo, 2004).

Vale ressaltar algumas especificidades do método psicanalítico de construção do caso clínico, em relação, por exemplo, ao estudo de caso. Segundo Moura e Nikos (2000), o estudo de caso visa a comunicação de uma história clínica, a partir de uma evolução cronológica de um tratamento, de modo a ilustrar determinada questão ou discutir uma técnica utilizada. A construção do caso clínico, por sua vez, envolve o tempo lógico de um tratamento, por meio da transmissão das escansões discursivas, apontando para a singularidade do caso. Os operadores conceituais, como a transferência

ou a interpretação, não são apenas elementos teóricos ou técnicos, mas condição de possibilidade da direção do tratamento.

Na construção do caso clínico, Viganò (2010) sublinha a relevância de conectar logicamente os conceitos e decantar os pontos cegos das narrativas da família, da equipe e da instituição, para produzir uma aposta no que o sujeito pode ensinar por meio das enunciações e escansões no discurso, o que marca “um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente” (Viganò, 2010, p. 2).

Construção do Caso Clínico no Contexto Hospitalar

A partir da extração da metáfora da arqueologia no método clínico de Sigmund Freud, Ferreira (2018, p. 130) resgata uma reflexão sobre “deixar que os ‘achados de pesquisa’ falem por si só”, mas também nos coloquem a trabalho. Com este horizonte, a construção do caso clínico torna-se um método propulsor de questões em torno das práticas de cuidado em saúde, especialmente no contexto das equipes multiprofissionais.

Ao discutir o método de construção do caso clínico no contexto hospitalar, Fender e Moretto (2020) apontam que, para que seja possível transmitir algo diferente do puro dado da história, é importante tecer um refinamento do saber extraído da construção do caso para comunicação junto à equipe, “de maneira que, mesmo evitando-se o uso de uma linguagem própria da psicanálise, sua ética se mantenha” (Fender & Moretto, 2020, p. 13).

No percurso de extrair o mais singular de cada caso, entram em jogo “os pontos cegos, obscuros, pontos sem sentido, que inclua a parte inusitada da experiência, a parte de ‘indecidível’ que ela comporta” (Dias & Moretto, 2017, p. 58). Trata-se de recolher e abordar o que se mantém inaudível pela equipe (Vorcaro et. al, 2016) e que pode retornar na posição do sujeito, na relação que ele estabelece com a equipe, com a instituição e com o tratamento.

Vorcaro e colegas (2016) salientam que a emergência da subjetividade costuma desconcertar um aparato previamente organizado pelos saberes das especialidades, de modo que é possível que a equipe

construa um pedido de intervenção com o objetivo de eliminar o que é visto como um empecilho para o tratamento. Um possível horizonte é fazer do ponto de impasse uma nova relação com o saber.

No dispositivo analítico, as reviravoltas do tratamento presentificam os efeitos da intervenção, através das nuances da posição do sujeito em sua questão. Os efeitos terapêuticos apresentam-se como parte do processo em que um sujeito pode assumir outra posição frente ao real: “uma possibilidade de que se aproprie do que diz e no ato mesmo da enunciação, se renove e se crie” (Ferreira, 2018, p. 131). Isto implica poder transmitir para a equipe uma suposição de saber no sujeito, incluindo suas invenções na direção do tratamento.

A análise do material extraído dos registros em prontuário e diário de campo visou localizar a posição subjetiva do sujeito diante do Outro, as enunciações acerca de sua experiência com o mal-estar e com o corpo, os modos como lida com o real e com a angústia, bem como os deslizamentos ocorridos em sua posição a partir da subjetivação da urgência, circunscrevendo os impasses no tratamento e as saídas singulares apontadas pelo sujeito. Além disso, os registros permitiram resgatar as discussões em equipe que subsidiaram as construções tecidas neste trabalho sobre o processo de cuidado em saúde no caso em questão.

Aprender Aquilo que Esqueci

Janaína foi internada em decorrência do surgimento de lesões por seu corpo há três meses. Em sua chegada, a médica residente solicitou atendimento psicológico, ao formular um diagnóstico de pênfigo vulgar¹, referindo um sofrimento geralmente associado ao quadro clínico. Foi realizada uma escuta do sujeito pela praticante da psicanálise e, no primeiro atendimento, Janaína encontrava-se numa intensa vivência de angústia, que afetava sua relação com o corpo, impedindo-a de nomear o que experimentava. O silêncio era entrecortado com dados do surgimento das lesões, mas sem inscrever o acontecimento numa narrativa ou produzir uma questão.

Embora no enunciado sobreviesse a vertente do acontecimento como estrangeiro, a angústia como um afeto que não engana (Lacan, 1962-63/2005)

¹ Considerada uma rara doença autoimune, de acometimento muco-cutâneo, onde lesões bolhosas surgem por todo o corpo, deixando uma superfície desnuda e eritematosa (Silva et al., 2020).

presentificava algo intimamente ligado ao sujeito e que convidava a uma aposta no trabalho com o inconsciente. A angústia pode ser uma bússola que permite orientarmo-nos pelos momentos de seu aparecimento, além de ser um afeto desprendido dos significantes, o que traz à tona uma dificuldade de elaboração do sujeito nessa vivência.

Na clínica da urgência, um primeiro atendimento visa investigar no sujeito o sentimento subjetivo de *pathos*, de sofrimento (Sotelo, 2006) para possibilitar uma leitura do que lhe acontece. A urgência, por vezes, aparece como uma vivência de que não há tempo, impedindo o sujeito de construir essa elaboração. A presença do praticante da psicanálise pode presentificar, por meio da escuta, um tempo para o sujeito.

Nas discussões iniciais com os profissionais que acompanhavam o caso, a praticante pontuou a angústia e o estatuto de ruptura que o sujeito estava vivenciando, o sofrimento que isso implicava por ser algo que Janaína encontrava dificuldades para inscrever em sua história. Foi assinalado para a equipe que os atendimentos, naquele momento, visavam uma retomada da cadeia discursiva rompida pela urgência, possibilitando ao sujeito o início de uma elaboração subjetiva, uma vez que é necessário um tempo para que a angústia se transforme em um sintoma a ser trabalhado (Bassols, 2015).

Após alguns atendimentos, suas palavras acerca da dor no momento do banho e dos curativos emergiram, único contexto em que sua relação com o corpo comparecia. Nesse campo, onde o corpo que dói parecia obturar a divisão do sujeito, Janaína dizia que se aguentasse levantar se jogaria da janela da enfermaria, salientando que tinha mais *medo da dor* do que da morte. Dessa maneira, uma direção do tratamento neste caso consistiu em sustentar uma intensificação dos atendimentos, realizados diariamente, possibilitando uma construção de contornos simbólicos para a angústia. O relançamento dos significantes “medo da dor” não produziu efeito de historicização neste momento. Contudo, inscreveu uma temporalidade que, *a posteriori*, a permitiu produzir um deslizamento do significante *dor*.

Janaína também anunciava os pensamentos de morte para a filha e para a equipe. Seldes (2006) ressalta que a ruptura da cadeia significativa impede o sujeito de representar-se, o que implica um efeito de mortificação. Aponta a importância de haver,

no manejo clínico, um destinatário para aquele que sofre, pois se a urgência não se dirige a um, se dirige a todo o mundo. Quando circundado por esse efeito de mortificação, o sujeito pode sair de sua indeterminação pela passagem ao ato ou pelo *acting out* (Seldes, 2006). Situar a urgência na relação transferencial permite uma articulação à demanda e a instauração de um endereçamento para o que até então tomava vias generalizadas, o que pode propiciar uma articulação pela fala. Por outro lado, mesmo quando Janaína dirigia estes pensamentos de morte à filha e à equipe, podemos identificar algum esboço de demanda ao Outro, ao introduzir a alteridade em sua experiência de dor (Birman, 2019).

Em um estranhamento com o corpo, Janaína dizia nunca ter ouvido falar da doença com que foi diagnosticada. *Dor e queimação* foram significantes que lhe serviram para nomear a experiência relacionada às lesões corporais. Com uma amenização da angústia e por meio do significante que vinha se repetindo, a praticante perguntou se ela passou por outras dores ao longo da vida, ao que disse não lembrar.

Após duas semanas de atendimento, Janaína sinalizou que tinha muita coisa para contar. Pôde falar, então, de um corpo violentado, humilhado na vizinhança, do não reconhecimento da mãe e dos filhos e de como passou a ter hemorragias durante a menstruação após um episódio de conflito entre a polícia e seu filho, momento em que foi vista pelos vizinhos no fundo de uma viatura. Nesse contexto, enunciou: “Quando fico sabendo que meu filho apanhou *dói* em mim”. Apresentava esquecimentos, como acerca de quando parou de estudar e da inscrição temporal da morte do primeiro marido, o que remete ao seu modo de subjetivar a memória, por vezes sendo insuportável recordar algo do que produziu um efeito traumático. Eram constantes, além disso, o sentimento de não reconhecimento pela mãe e o pesar por sua ausência nas visitas ao hospital.

No atendimento seguinte, Janaína disse já não lembrar de nada do que havia trabalhado no atendimento anterior. Sinalizou que tinha muitas coisas que gostaria de contar, mas, quando a praticante chegava, esquecia. Freud (1914/2010b) assinala que um sujeito pode iniciar um tratamento pondo em jogo através da repetição, em ato, o que não rememora ou não elabora pelas palavras. Assim, diante do esquecimento, sua questão aparecia diretamente nos pensamentos de morte, sem ligar o sofrimento a algo

de sua história, marcando no corpo, por meio de um fenômeno psicossomático (FPS) o que lhe era insuportável recordar.

Em uma de suas abordagens sobre o FPS², Lacan (1955-1956/1988) o considera como uma inscrição direta de um conflito no corpo, como uma erupção, que se mobiliza em vista de uma relação temporal, porém, sem dialética, sem remeter a algo da história subjetiva do sujeito. Para Fernandes (2014), o FPS testemunha de forma radical a impossibilidade de uma harmonia com o corpo, ocorrendo uma espécie de curto-circuito no processo de subjetivação que fere o corpo e que o impede de construir uma questão subjetiva.

Por cinco dias Janaína não se levantou do leito. Dizia que queria realizar os procedimentos, mas não conseguia *levantar-se*. Em uma ocasião em que a praticante chegou para atendê-la, sua filha oferecia-se para ajudá-la a sair da cama, momento em que Janaína arrastou a perna lesionada no lençol enquanto dizia que *se levantasse sentiria dor*. Ao mesmo tempo, declarava o quanto era insuportável ver seu corpo despido sangrando, como se estivesse apodrecendo, lembrando-nos de que a angústia, por vezes, emerge do “sentimento que surge dessa suspeita que nos vem de nos reduzir a nosso corpo” (Lacan, 1974/2011, p. 30).

O que tinha um estatuto de fenômeno para Janaína circunscreveu-se como um esboço de formação sintomática. Janaína adoeceu de algo que nenhum saber exterior alcançava, o que resguarda o lugar da falta no Outro, ainda que a um preço que implicava seu próprio corpo: “o Outro concerne a meu desejo na medida do que lhe falta e de que ele não sabe. É no nível do que lhe falta e do qual ele não sabe que sou implicado da maneira mais prenante” (Lacan, 1962-63/2005, p. 33).

Assim também, os momentos em que sinalizava um maior sofrimento coincidiam com os dias em que esperava a visita da mãe, sem que isto acontecesse. O gozo e a questão sobre o desejo do Outro

encontram-se aqui entrelaçados: é na medida em que marcou de forma radical uma pergunta sobre as consequências de sua própria falta na relação com o Outro, que Janaína deu um passo na direção do sintoma a partir dos efeitos de um saber insabido do inconsciente, pois “havia coisas das quais ninguém podia dizer senão que o sujeito falante as soubesse sem sabê-las” (Lacan, 1975/1998, p. 9).

A distância entre demanda e desejo foi interpretada pela equipe como uma incongruência a ser corrigida, o que nos transmite algo da posição institucional diante da subjetividade, considerando-a como um elemento perturbador. As queixas dos profissionais em torno da ausência de banho e curativo eram seguidas de sucessivos pedidos dirigidos à praticante para que fizesse Janaína mudar de atitude. Frente a isso, inadvertida da dimensão da transferência no tocante à equipe, a praticante responde que o trabalho não se dá pela via do convencimento, o que instaurou certo grau de dificuldade na inserção na equipe³.

Todavia, partiu da equipe de enfermagem um pedido para que fossem discutidos os “aspectos psicológicos” envolvidos no caso, referindo que ocorria um cansaço dos profissionais e que estava difícil “compreender” a paciente, o que marca uma pequena diferença na posição da equipe, esboço de alguma demanda de saber sobre a subjetividade. Quando algo escapa aos protocolos, quando as tentativas de fazer desaparecer o sintoma vacilam, surge também uma angústia naqueles que trabalham. Isto demonstra que a urgência atravessa não apenas o sujeito, mas também os profissionais e a própria instituição (Sotelo, 2015).

Estes desdobramentos foram levados para a supervisão, considerando um impasse da equipe com o caso e uma dificuldade da praticante no manejo com a equipe. Desse momento, foi extraída uma aposta de que pudesse haver uma escuta desses profissionais que apontavam para o modo como a subjetividade, cotidianamente excluída do saber científico, retornava pela via dos afetos despertados pelo caso, o que também produzia efeitos nas condutas.

² O campo da psicossomática possui uma amplitude de concepções. Neste estudo, utilizamos a abordagem lacaniana, segundo a qual um fenômeno psicossomático ocorre “quando não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia” (Lacan, 1964/2008, p. 81), impedindo o deslizamento em uma cadeia discursiva. Para outras abordagens, cf. Cerchiari (2000) e Neves (2000).

³ Moretto e Prizskulnik (2014) designam como inserção o processo de construção de um lugar a partir do qual o psicanalista possa operar nas instituições de saúde. Esta inserção conserva uma extraterritorialidade apontada por Lacan (1966/2001), pela posição êxtima do psicanalista na instituição. No entanto, a discussão sobre a inserção se entrelaça às possibilidades de construção de uma transferência de trabalho com relação à equipe.

Nesse encontro, as falas circularam em torno da dificuldade em passar três horas fazendo um curativo quando a paciente não se engajava no tratamento, de onde foi possível extrair a presença dos significantes “recusa dos procedimentos”, utilizados pelos profissionais. Em paralelo, surgiu também o relato de um dos técnicos de enfermagem de que apenas quando Janaína soube que ele era do candomblé, ela falou sobre sua vinculação com a mesma religião. Do caso, foi possível recolher o momento em que o sujeito apresenta algo de uma divisão subjetiva, ao dizer que sabe da importância de fazer os procedimentos, mas que não conseguia levantar-se e o quanto era difícil ver seu corpo daquela forma. Também foi possível resgatar uma interrogação a partir da constatação de que em alguns dias Janaína realizava o banho, o curativo, a troca de lençóis. Então, o que se passava para que, em alguns momentos, houvesse menos dificuldade? Tratava-se de convocar a equipe a uma elaboração e uma implicação no processo de cuidado. Assim, surgiram falas sobre ser mais tranquilo quando determinado profissional realizava, pois tinha maior vinculação, e, por outro lado, as questões em torno do horário e da rotina da enfermagem, presentes na organização das instituições hospitalares. Foi possível extrair alguma abertura para a singularidade do caso e para a pactuação das condutas junto ao sujeito, considerando “o tratamento como consequência possível de decisões compartilhadas” (Moretto, 2019, p. 70).

Em decorrência da troca de plantões entre as equipes, houve uma demanda de que um novo encontro fosse realizado no dia seguinte. Além da equipe de enfermagem, desta vez a equipe médica também estava presente. De um lado houve uma tentativa de destituir o lugar do sujeito, pela via de comparar um caso com outro para dizer que Janaína estava supervalorizando a intensidade da dor; por outro lado, um profissional, subjetivamente afetado pelo caso, enunciou seu limite no processo de cuidado. A praticante pontuou que a dor é singular por atualizar experiências de profundo sofrimento e que, desta forma, o psíquico é vivenciado corporalmente. Moretto (2019) sublinha que a experiência de adoecimento de um paciente provoca na equipe a constatação de que se tem um corpo, ao presentificar a finitude inerente à condição humana, gerando consequências que, quando não tratadas, podem tornar o difícil o manejo clínico do caso.

Ao finalizar essa reunião, a praticante levou para supervisão questões em torno da atuação em equipe multiprofissional na instituição, presentificando as nuances em jogo quando se trata de sustentar a clínica do sujeito na interlocução com outras áreas do saber. Nesse sentido, nos ancoramos na ética da psicanálise ao sustentar o tripé da formação – análise pessoal, estudo teórico e prática clínica –, a fim de extrair os efeitos da supervisão e manejar a posição da equipe como forma de apontar para a singularidade do caso.

Aproximava-se a sessão clínica multiprofissional da residência, momento em que o caso de Janaína foi escolhido para discussão, considerando os impasses que se apresentavam. O uso pela equipe dos significantes “recusa dos procedimentos” retornou, e, a partir de intervenções da psicóloga preceptora ao escutar a discussão do caso, foi possível destacar que o sujeito realizava alguns atendimentos e procedimentos, questionando quais Janaína tinha dificuldade e como ela sinalizava isso.

Por outro lado, uma das profissionais, atenta aos atravessamentos entre a singularidade do caso e a perspectiva ampliada de saúde, levou para a sessão clínica da residência questões referentes à interface entre a alimentação e as *quizilas*, regras do Candomblé que envolviam a relação de Janaína com a comida, abertura que teve efeito de vinculação entre o sujeito e essa profissional. Junto à visão do corpo próprio em carne viva, Janaína parecia atualizar, na transferência com a equipe, sua questão em torno de seu lugar no desejo do Outro, que aparecia também na relação com sua mãe.

No atendimento, Janaína referiu que ligou para a mãe implorando sua visita, ao que a mãe pediu que parasse de chorar. Janaína fez uso da expressão “carência da mãe, de irmão” para falar de seu sofrimento. A lógica do tratamento seguiu pela via inicial de ofertar escuta, até que algo da transferência entrou em jogo por meio de um endereçamento quando, por exemplo, Janaína disse que pensou que a praticante não fosse mais naquele dia, porque não tinha ido pela manhã, e pediu que sentasse. Ao marcar a falta da praticante pela manhã e o pesar pela ausência da mãe, Janaína trouxe à tona uma questão sobre seu lugar na transferência, por meio de uma demanda de cuidado. Na teoria freudiana, a transferência aparece como uma atualização de experiências subjetivas carregadas de afeto, de modo a incluir o analista numa das séries de vivências psíquicas (Freud, 1905/2016)

que se repetem e que tornam possível localizar como o circuito pulsional do sujeito está organizado (Freud, 1920/2010a).

Janaína sinalizou o quanto os pontos de Iemanjá⁴ lhe tranquilizavam e recebeu a visita de seu Irmão de Santo, quando tomou um banho de folhas. Após esta vivência, Janaína passou a realizar diariamente os procedimentos que tanto lhe custavam em matéria de corpo, pois vê-lo despido e sangrando lhe produzia angústia. O banho de folhas possibilitou um giro possível em seu modo de elaborar o sofrimento, uma vez que as marcas no corpo passaram a ser enlaçadas a uma experiência de pertencimento ao Candomblé, que lhe permitiu formas distintas de vivências corporais, para além da imagem de um corpo apodrecendo. Além disso, sua relação com Iemanjá articulava-se ao cuidado, uma vez que, como *mãe*⁵, lhe transmitia um apaziguamento.

Na transferência, Janaína pôde colocar novamente a questão em torno de seu lugar no desejo do Outro, momento em que fala a respeito de um dos enfermeiros da equipe: “Ainda bem que ele não desistiu de mim”. Esta questão havia ficado em suspenso na experiência de urgência, deflagrada por meio do que teve valor de acontecimento, ao desestabilizar a posição do sujeito diante do Outro:

Ao perguntar a si mesmo o que representa para o desejo do Outro, não encontrará resposta, a menos que venha a nomear este Outro, o que de forma invertida dará um lugar ao próprio sujeito. Sem palavra para fazer intervalo, é o corpo que paga: vivência de angústia. (Aires, 2014, p. 53).

Nesse contexto, Janaína fez uma construção acerca de seu adoecimento, ao localizar o surgimento das feridas quando completava um ano do falecimento de seu ex-namorado. Relatou que soube de sua morte dias após o ocorrido e que não pensava nisso, passando o ano inteiro sem lembrar que ele existiu, até que teve um sonho em que sentiu angústia, mas não lembrava de seu conteúdo. Seus três companheiros haviam falecido em situações de violência, envolvendo tiros. Numa passagem do fenômeno ao sintoma, Janaína iniciou a construção de uma

teia simbólica sobre o que havia sido rompido com a urgência, realizando uma inscrição temporal do acontecimento. O trabalho do luto pelas mortes que feriram os corpos com tiros não havia sido realizado por Janaína, de modo que as feridas pareciam surgir como resposta direta no corpo diante da ausência de uma elaboração simbólica, conjugando nas lesões o real e o imaginário. Assim, o insuportável da morte retornava no insuportável do levantar-se, do sentir dor, do ver o corpo sangrar.

Ao poder falar sobre essas experiências, Janaína também passou a trabalhar o sofrimento que atravessava por ver seus três filhos envolvidos em constantes cenas de violência, o que parecia atualizar suas experiências de dor e perda. Nesse contexto, disse: “O tempo aqui tá me fazendo pensar em muita coisa que antes eu não pensava, tô vendo que me deixo de lado o tempo inteiro”. Nesse ponto, também já lembrava da cena em que deixava os estudos: pôde narrar as violências que sofria com seu primeiro marido e como nesse momento abandonou a escola por vergonha. Da modalização do discurso de Janaína, extraímos as consequências de uma abertura ao tempo de compreender como via de subjetivação da urgência: “uma investigação que realizada em um laço discursivo permite que o sujeito capte a causa dessa ruptura e a ponha a trabalho” (Seldes, 2019, p. 43).

Assim, o gozo fixado nas lesões encontrou outras vias no caso Janaína. Nas semanas anteriores à alta, construiu elaborações do adoecimento e internação como uma escola. Trouxe elementos da imagem do corpo, que incluía as cicatrizes deixadas pelas lesões, introduzindo o que Lacan (1974/2011) menciona sobre o corpo entrar na economia do gozo pela imagem: no dia de sua alta usaria um vestido branco, um turbante verde, um batom roxo, os brincos que ganhou de sua filha, pintaria os cabelos quando crescesse e, apesar de não gostar de tirar foto, nesse momento iria fazê-lo para registrar o dia em que saiu do hospital.

À medida que falava dos adereços dizia que gostaria de mostrá-los à praticante, de como sua madrastra acha sua boca bonita e como ficaria bem com o batom que ganhou. O estatuto que Janaína confere à fotografia produz um registro da imagem do corpo em relação ao olhar do Outro, compondo uma imagem

⁴ Os pontos do Candomblé são os cantos sagrados, entoados durante as cerimônias, com o objetivo de homenagear e chamar a entidade para visitar o terreiro, templo do Candomblé (Seixas, 2018).

⁵ Iemanjá, orixá de origem africana, é considerada mãe de todos os filhos e rainha das águas (López, 2004).

de unidade corporal que produz bordas: “A estruturação imaginária do eu se efetua em torno da imagem especular do próprio corpo, da imagem do outro.” (Lacan, 1954-1955/1985, p. 125).

No caso Janaína, o caráter de ruptura da urgência produziu impactos no enlace entre real, simbólico e imaginário, provocando um lapso no nó diante do que teve efeito de acontecimento. Capanema (2018) assinala que, apesar de romper com um arranjo subjetivo anterior, o contingente também pode ser oportunidade de rearranjos e atamentos singulares. Dessa forma, os cortes que produzem lapsos no nó podem provocar torções e reparações inéditas, um novo uso da contingência que resguarda o mais singular do sujeito, tratando-se, em psicanálise, de realizar suturas e emendas (Lacan, 1975-1976/2007).

Com Janaína, podemos supor que o lapso se manifestou em um desenlace do simbólico e se apresentou na ruptura da cadeia significante, o que a impediu de tratar a perda como falta. E em um transbordamento do real sobre o imaginário, que, além de implicar uma vivência de angústia, inscreveu diretamente no corpo algo ilegível, que não pôde ser elaborado simbolicamente. O que permitiu um movimento de cernir o sintoma como mensagem, de enodar ao simbólico o que restava como cadeia rompida? No caso Janaína, o pertencimento ao Candomblé e a convocação do olhar do Outro na fotografia parecem propiciar o início de uma reparação da falha.

A partir dos elementos que compunham a imagem do corpo na fotografia, que a convocou à construção de uma significação, Janaína inscreveu uma nova temporalidade, não mais a da irrupção da urgência, mas a de uma circunscrição possível da experiência de adoecimento que tanto exigiu de sua vida psíquica, e que pôde ser situada na saída da hospitalização. Uma passagem do enclausuramento na dor e do insuportável das lesões para a inclusão das cicatrizes no que pode endereçar-se ao Outro, estatuto que ganhou relevância ao marcar a origem de cada elemento: o presente que ganhou da filha no dia das mães, o olhar da madrastra, a roupa e o turbante que testemunhavam sua vinculação ao Candomblé, marcas pelas quais faz laço com o Outro, em um percurso que vai de um corpo estrangeiro no FPS para uma apropriação de uma representação possível.

Assim, podemos supor que Janaína construiu uma borda para a angústia por meio de uma reparação imaginária e simbólica. Dessa forma, iniciou-se

um processo de “extrair das marcas em um corpo um texto a ser decifrado como um saber” (Tarrab, 2008, p. 94), permitindo que o gozo concentrado nas lesões pudesse encontrar um tratamento pela palavra, marcando a passagem de um FPS, desarticulado de uma cadeia significante, a um sintoma com dimensão de mensagem e que produz enigma.

Nesse período, contou que estava com muita vontade de voltar para a escola para *aprender*. Este significante foi recortado de seu discurso para que o sujeito pudesse deslizá-lo na cadeia, e Janaína enuncia “Aprender aquilo que esqueci”, apontando-nos que o tratamento de uma urgência pode levar ao encontro com o bem-dizer, elevando-a à dignidade de uma poética (Seldes, 2019). A questão com o corpo persistia, porém, indo mais além das lesões e incluindo o Outro, em um movimento de territorializar esse corpo, apropriar-se dele, extraindo uma experiência singular, testemunho de que o esquecimento não significa eliminação e que o inconsciente pode produzir efeitos fora do campo de conhecimento do eu.

No último atendimento, Janaína referiu que uma das médicas lhe disse que não poderia mais se emocionar para que as feridas não voltassem. A praticante perguntou o que ela achou do que escutou e Janaína mencionou achar que seria o certo, mas não sabia se era possível. Foi também neste atendimento que disse não saber por que depois das feridas não conseguia mais comer carne, peixe e frango. Foi recortado de seu enunciado, como citação, os significantes “depois das feridas”, marca temporal que surpreendeu o sujeito. Neste momento, Janaína já enlaçava algo do gozo à estrutura da linguagem, capaz de iniciar a formalização de um enigma, isto é, suscitar no sujeito uma aposta de que o sintoma tem um sentido, em sua dimensão de mensagem cifrada.

No processo de finalização dos atendimentos, foi possível assinalar para Janaína as elaborações iniciais construídas por ela, ao passar de uma dor que lhe invadia e tinha um caráter estrangeiro para a localização de experiências de sofrimento, que puderam ser nomeadas e transformadas em questões, capazes de relançar a continuidade de um trabalho psíquico. Esses pontos partiram do que se repetia e retornava em seu discurso, como as experiências de perdas violentas dos companheiros, uma delas caindo sob o esquecimento, mas gerando efeitos e um intenso estranhamento com o corpo; a demanda de cuidado e reconhecimento dirigida à mãe, que encontrou um

contorno em sua relação com Iemanjá; e a posição diante dos filhos, que pôde ser interrogada por ela durante a hospitalização.

Sotelo (2015) assinala que o trabalho com a urgência se dá por concluído quando o sujeito tiver construído uma hipótese provisória da causa de seu padecimento, que deixa de ser algo estrangeiro. Assim, diante da demanda de continuidade dos atendimentos após a alta hospitalar, foi construído um encaminhamento para um serviço de psicologia próximo de sua residência, local escolhido por Janaína diante das possibilidades existentes. No dia de sua alta, despediu-se dos profissionais e registrou a fotografia tal como havia elaborado, compartilhando-a com a equipe, uma das marcas deixadas por Janaína nesse espaço.

Seldes (2019) propõe que o tempo de concluir a atenção à urgência coincide com a abertura ao tempo de compreender, testemunha do valor da contingência na vida de cada sujeito. Quando o sofrimento desponta como sintoma, o tempo da urgência se conclui e, em alguns casos, podem ser estabelecidas condições subjetivas que propiciem a continuidade de um trabalho psíquico de elaboração ou o início de um processo analítico *a posteriori*.

Limites e Possibilidades Diante das Urgências Subjetivas no Hospital Universitário

Nos entrelaçamentos entre as urgências e o contexto hospitalar, diferentes dispositivos clínicos vêm sendo articulados para “extrair aquilo que permaneceu em estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito ou, em alguns casos, o que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra” (Calazans & Marçal, 2011). Uma urgência pode provocar uma ruptura na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito, enodamento singular que o ancora (Marret-Maleval, 2017). A princípio, uma dimensão da direção do tratamento nessa clínica é ensejar uma subjetivação da urgência por meio de uma modalização do tempo que permita ao sujeito restituir a cadeia significante, ocasionar uma perda de gozo e inscrever em sua experiência o que teve valor traumático.

Ao discutir a abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde, Moretto (2019) aponta como direção do tratamento uma passagem do adoecimento como acontecimento para algo da ordem de uma experiência singular: “a clínica

psicanalítica, então, é essa que (...) constrói o caminho para a subjetivação, que eleva o acontecimento, passível de ser descrito, ao estatuto de uma experiência que produz saber singular” (p. 59). Por conseguinte, desvela o valor de alteridade como contrapartida clínica para as situações que podem implicar urgência subjetiva, ao considerar que o caráter traumático de um acontecimento pode advir quando não reconhecido no campo do Outro, por vezes culminando na cronificação do sofrimento (Moretto, 2019).

Do caso construído nesta pesquisa, destacamos os efeitos do campo da alteridade na tessitura da relação do sujeito com o sofrimento, permitindo-o reconstruir suas referências e inaugurar uma passagem da dor solipsista a uma demanda que se articula ao Outro. Quando esta articulação com a alteridade se produz, o padecimento do sujeito pode ser lido como uma mensagem, visto que uma via de transformar um grito em chamado é a indicação de recebimento por parte do Outro (Sotelo, 2015).

Dessa forma, a urgência generalizada só se torna urgência subjetiva por intermédio de uma intervenção analítica, quando, por meio da escuta, é possível localizá-la em torno de alguns significantes extraídos da fala do sujeito (Simões, 2011). Isto implica não deixar esvair-se o tempo de compreender sem dele extrair suas consequências, possibilitando ao sujeito ocupar-se do que lhe faz questão, circunscrever o que teve valor de acontecimento e a posição singular de onde se produziu a implicação subjetiva.

Os momentos do tempo lógico, em sua modalização, podem envolver uma modificação na posição subjetiva e testemunham que, embora uma psicanálise demande um tempo prolongado, não impede a produção de efeitos terapêuticos a curto prazo (Rojas et al., 2011). Tais efeitos podem ser expressos de diferentes modos, relançando um novo ciclo (Miller, 2008) ou uma ancoragem que permita ao sujeito seguir na vida (Sotelo, 2015).

A prática clínica com as urgências subjetivas no hospital convoca o psicanalista a estar advertido da transferência de trabalho com relação à equipe de saúde, como pudemos constatar no caso em questão. O hiato entre compor uma equipe e inserir-se nela (Moretto & Prizskulnik, 2014) aponta para diferentes consequências no processo de cuidado e na prática clínica no hospital. A inserção implica fazer um bom uso da extraterritorialidade assinalada por Lacan (1966/2001) para produzir efeitos de

transmissão da psicanálise que, por sua vez, abrem caminho para um desejo de saber sobre a subjetividade por parte da equipe de saúde.

No cotidiano do hospital, as equipes costumam construir encaminhamentos ao psicanalista quando algo da subjetividade atravessa a cena institucional por meio da angústia ou do sofrimento, seja do paciente, da família, ou dos próprios profissionais. Por vezes, sobrevém um pedido de correção do que é interpretado como um obstáculo para o tratamento, em um contexto que é orientado pela execução das terapêuticas protocolares, numa lógica que transforma o sofrimento em sintoma a ser extinguido, e que demarca uma dificuldade da equipe em lidar com a subjetividade (Moretto, 2019).

Nesse sentido, diferenciamos encaminhamento e demanda, uma vez que nem todo encaminhamento é acompanhado de um querer saber sobre a subjetividade (Moretto & Prizskulnik, 2014). Ao aceitar a demanda da equipe, o psicanalista escuta de que lugar ela foi produzida e toma como direção provocar um giro discursivo na equipe, para que no lugar da certeza advenha uma questão sobre a subjetividade, o que subverte a concepção desta como um risco, apontando que o arriscado é, pelo contrário, sua exclusão (Moretto, 2019).

Essa perspectiva ganha ainda mais relevância quando a atuação em equipe multiprofissional tem como cenário o hospital universitário. Santos (2019) salienta que, por ter como objetivo o ensino e a produção de conhecimento, o hospital universitário é marcado pela relação com o saber como meio de gozo, por vezes consagrando uma substituição do clínico pela figura do pesquisador. A singularidade da psicanálise neste contexto é marcada por uma ética que sustenta que fazer pesquisa psicanalítica é “ter a clareza de que esta é decorrente da escuta clínica.” (Santos, 2019, p. 66-7).

Castilho e Fidelis (2019) apontam que, ao fazer uso das brechas discursivas na relação da equipe de saúde com a subjetividade, a psicanálise pode reintroduzir a questão do sujeito, numa aposta de que os possíveis avanços são construídos a cada momento, expressos na abertura de um tempo para pensar e construir o caso a partir dos endereçamentos do sujeito, em vez de rapidamente concluir um diagnóstico que elide a singularidade. A implicação da equipe na abordagem do sofrimento permite que o sujeito possa realizar uma reconstrução de seu

laço com o outro, dando um contorno à vivência de angústia, e reposicionar-se no mundo por meio de soluções menos devastadoras para bordejar o encontro com o real.

As dificuldades para sustentar essa posição de alteridade podem advir quando, a partir de uma formação que objetiva oferecer resposta para todas as questões, os profissionais interpretam o impossível como impotência, fazendo com que se protejam dos afetos, resguardando-se no lugar de mestria que a técnica visa sustentar por meio do discurso biomédico (Val et al., 2017). Assim, uma das contribuições da psicanálise para o manejo clínico nas instituições de saúde é transmitir, a partir da lógica de cada caso, que a relação estabelecida com o usuário

Não se refere exclusivamente ao campo intersubjetivo que envolve apenas os dois, mas sim a uma relação que reflete como o sujeito se localiza no campo da alteridade. Isso possibilita uma leitura um pouco mais distanciada das situações cotidianas, abrindo espaço para novas perspectivas de manejo do caso. (Val et. al, 2017, p. 1.297).

No caso construído nesta pesquisa, a demanda que o sujeito endereçava à equipe emergia como uma forma de colocar a questão em torno da possibilidade de desistência da equipe diante de seu sofrimento. Os efeitos de transmissão possibilitam que a equipe esteja advertida do lugar de resposta à demanda do sujeito, considerando que se trata de uma atualização da relação que o sujeito estabelece com o Outro.

Considerações Finais

Ao investigar as possibilidades para uma clínica das urgências subjetivas no contexto de um hospital universitário, vimos que a intervenção psicanalítica, por incidir sobre a relação do sujeito com a linguagem, propicia ao sujeito tecer um trabalho de elaboração que inscreva o que teve valor de acontecimento traumático em sua experiência subjetiva. Assim, uma urgência torna-se subjetiva quando o psicanalista ocupa uma função de destinatário, por meio da presença, da escuta e da função de editor do texto do sujeito, alojando os significantes que nomeiam o acontecimento (Seldes, 2006).

No caso em questão, a localização e temporalização da urgência possibilitaram enlaçar ao simbólico

o que teve valor traumático para Janaína e ultrapassar uma inscrição direta no corpo por meio do FPS, fazendo surgir um sintoma como mensagem e anteparo para a angústia. Nesse sentido, localizar as possíveis coordenadas que se relacionam com o desencadeamento da urgência caracteriza-se como uma dimensão da direção do tratamento (Simões, 2011).

Pelo fato da prática clínica que sustentamos neste percurso estar situada no contexto hospitalar, dedicamo-nos a algumas considerações acerca das interlocuções entre psicanálise e hospital, especialmente no tocante à atuação em equipe multiprofissional. Verificamos que um trabalho de apuração das demandas endereçadas ao psicanalista na instituição de saúde torna-se uma oportunidade de produzir deslocamentos na posição da equipe com relação à subjetividade, ao transformar uma certeza, subsidiada pelas classificações diagnósticas, em questão a ser elaborada a partir dos endereçamentos do sujeito.

Este trabalho possibilitou resgatar o lugar das questões clínicas que suscitam uma pesquisa e testemunhar a indissociabilidade entre ambas, visto que a pesquisa psicanalítica avança a partir dos impasses encontrados no fazer clínico, transmitindo algo do impossível de apreender, que, em contrapartida, relança o trabalho.

Assim, o caso clínico construído conduz a novas questões. Um trabalho de luto inicia-se para Janaína durante os atendimentos. Entretanto, destacamos que as perdas que tiveram um impacto em sua experiência

subjetiva foram marcadas pela violência, levando-nos a questionar sobre as possíveis consequências no trabalho de luto na vivência de sujeitos que atravessam consecutivas perdas decorrentes de violência, considerando as especificidades da relação com o Outro social, quando a garantia de direitos básicos é violada e, tantas vezes, o sofrimento advindo dessas situações não é reconhecido.

Outra questão aponta para as possíveis articulações entre a clínica das urgências subjetivas no hospital e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando que o fim de um ciclo de trabalho com a urgência pode suscitar um processo posterior. Destacamos esse ponto para demarcar que discutir as possibilidades para uma clínica das urgências subjetivas no contexto hospitalar convoca-nos a refletir sobre as condições para uma articulação em rede que permita uma continuidade dos atendimentos no território.

Por fim, sublinhamos que discutir a clínica das urgências subjetivas resgata a relevância de uma aposta na singularidade do sujeito, reintroduzindo no contexto hospitalar a questão sobre a subjetividade, tão cara para a concretização contínua do Sistema Único de Saúde (SUS), que aposta no protagonismo dos sujeitos e coletividades. Além disso, viabiliza para o sujeito um novo uso da contingência, do que irrompe como imprevisível e imponderável, ao transformar as linhas que se romperam numa tessitura inédita.

Referências

- Aires, S. (2014). Corpo e afeto: considerações lacanianas. *Revista Diálogos Possíveis*, 13(2), 43-55.
- Bassols, M. (2015). Prólogo. In I. Sotelo, *DATUS – Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas* (pp. 13-18). Grama.
- Belaga, G. (2005). Presentación. In G. Belaga, (Org.), *La urgencia generalizada 2: Ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 9-30). Grama.
- Birman, J. (2019). O sujeito da contemporaneidade: espaço, dor e desalento. In A. S. F. Soares et al. (Orgs.). *Discursos, interlocuções e...* (pp. 111-136). Educs.
- Calazans, R., & Marçal, J. (2011). Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. *Revista aSEPHallus*, 6(12), 1-13.
- Capanema, C. A. (2018). *Enlaces e desenlaces na adolescência*. Scriptum.
- Castilho, G., & Fidelis, R. O. (2019). Psicanálise e hospital universitário hoje. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22, 224-239.
- Cerchiari, E. A. N. (2000). Psicossomática: Um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: ciência e profissão*, 20(4), 64-79.


- Resolução nº 001/2009*. (2009). Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Conselho Federal de Psicologia.
- Dias, E. C., & Moretto, M. L. T. (2017). A construção do caso clínico como via de transmissão da psicanálise nas instituições de saúde. In R. Lerner (Org.), *Atualidades na Investigação em Psicologia e Psicanálise* (pp. 51-64). Blucher.
- Donnarumma, L., Rodrigo, M., Bernztein, G., Cohen, V., & Allamprese, A. (2006). Urgencias hospitalarias: Límites y posibilidades con nuestros niños “locos”. In G. Belaga (Org.), *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 143-162). Grama.
- Fender, W. D., & Moretto, M. L. T. (2020). Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 23(1), 3-15.
- Fernandes, C. O. (2014). *A psicanálise mais além do fenômeno psicossomático* [Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Repositório da Universidade Federal do Rio de Janeiro. <http://objdig.ufrj.br/30/teses/814698.pdf>.
- Ferreira, T. (2018). Pesquisa em psicanálise: A conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra – a aposta na invenção subjetiva. In T. Ferreira, & A. Vorcaro, (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp. 129-152). Autêntica.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: Uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Freud, S. (2010a) Além do princípio do prazer. In *Obras completas: Vol. 14. História de uma neurose infantil [“O homem dos lobos”], Além do Princípio do Prazer e outros textos (1917-1920)* (p. 120-178; Paulo César de Souza, trad.). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1920)
- Freud, S. (2010b). Recordar, repetir e elaborar. In *Obras completas: Vol. 10. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)* (p. 146-158; Paulo César de Souza, trad.). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914)
- Freud, S. (2016). Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”). In *Obras completas: Vol. 6. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)* (p. 173-220; Paulo César de Souza, trad.). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1905)
- Lacan, J. (1985). *O seminário: Livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Zahar. (Marie Christine Laznik Penot, Antonio Luiz Quinet de Andrade, trad.). (Obra original publicada em 1954-1955)
- Lacan, J. (1988). *O seminário: Livro 3. As psicoses*. Zahar (Aluisio Menezes, trad.). (Obra original publicada em 1955-1956)
- Lacan, J. (1998). Conferência em Genebra sobre o sintoma. (Mário Almeida, trad.). *Opção lacaniana*, 23, 6-16. (Obra original publicada em 1975)
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. (Marcus André Vieira, trad.). *Opção lacaniana*, 32, 8-14. (Obra original publicada em 1966)
- Lacan, J. (2005). *O seminário: Livro 10. A angústia*. Zahar. (Vera Ribeiro, trad.). (Obra original publicada em 1962-1963)
- Lacan, J. (2007). *O seminário: Livro 23. O sinthoma*. (Sérgio Laia, trad.). Zahar. (Obra original publicada em 1975-1976)
- Lacan, J. (2008). *O seminário: Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Zahar. (M. D. Magno, trad.). (Obra original publicada em 1964)
- Lacan, J. (2011). A terceira. (Teresinha N. Meirelles do Prado, trad.). *Opção lacaniana*, 62, 11-36. (Obra original publicada em 1974)
- López, L. A. (2004). *A língua de Camões com Iemanjá: Forma e funções da linguagem do candomblé* [Tese de Doutorado, Department of Spanish, Portuguese and Latin American Studies, Stockholm University]. Repositório da Universidade de Estocolmo. <https://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A195220&dswid=-3080>.
- Marret-Maleval, S. (2017). A junção íntima do sentimento de vida. *Opção lacaniana*, 8(23), 1-25.
- Miller, J.-A. (2008). *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: Conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona*. Scriptum.

- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de saúde pública*, 9(3), 239-262.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 287-298.
- Moura, A., & Nikos, I. (2000). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional: Revista de psicanálise*, 13(140-141), 69-76.
- Neves, S. (2000). Eu-pele, psicossomática e dermatologia: Nos limites da palavra, da transferência e do corpo. In R. M. Volich, F. C. Ferraz, & V. Ranña (Orgs.), *Psicossoma III: Interfaces da Psicossomática* (pp. 32-57). Casa do Psicólogo.
- Rojas, M. A., Coronel, M., Cruz, A., Miari, A. S., & Paturianne, E. L. (2011). *El empleo del tiempo y la práctica psicoanalítica en el hospital público*. [Apresentação de trabalho] III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Santos, N. O. (2019). A clínica e a pesquisa psicanalítica no hospital universitário. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22, 62-73.
- Seixas, L. M. P. (2018). Maria e Iemanjá: duas faces – um arquétipo. *Revista Último Andar*, 31, 112-125.
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In G. Belaga (Org.). *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 31-42). Grama.
- Seldes, R. (2019). *La urgencia dicha*. Colección Diva.
- Silva, W. R., Alcides, R., Lima, C. R. S., Montenegro, L. T., Souza Filho, L. G. C., Pitta, D., & Iglesias, P. (2020). Principais características do Pênfigo e grupo de doenças penfigoides: revisão de literatura. *Revista de Patologia do Tocantins*, 7(2), 53-57.
- Simões, C. L. F. (2011). *A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento* [Dissertação de Mestrado, Pontífica Universidade Católica de Minas Gerais]. Repositório da Pontífica Universidade Católica de Minas Gerais. http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao_carolina_leal.pdf.
- Siqueira, E. R. A., & Queiroz, E. F. (2014). O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 104-114.
- Sotelo, I. (2006). La guardia, la admisión, la primera consulta: una conyuntura de emergencia. In: G. Belaga (Org.), *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital*. (pp. 97-113). Grama.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS – Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama.
- Tarrab, M. (2008). Entre relâmpago e escritura. *Opção lacaniana*, 51, 94-100.
- Val, A. C., Modena, C. M., Onocko Campos, R. T., & Gama, C. A. P. (2017). Psicanálise e Saúde Coletiva: Aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1287-1307.
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção lacaniana*, 1(1), 1-9.
- Vorcaro, A. (2018). Transmissão e saber em psicanálise: (im)passes da clínica. In T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: Do campo à escrita*. (pp. 41-62). Autêntica.
- Vorcaro, A., Mendes, A. A., Resende, A. O., & Fidelis, K. (2016). A clínica do caso construído em instituições. In C. M. Marcos, & J. M. Motta (Orgs.), *A parceria universidade e hospitais de ensino: Os caminhos da pesquisa clínica em psicanálise* (pp. 11-38). CRV.

Daniela Lima de Almeida

Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos (COM-HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador – BA, Brasil.


E-mail: danielalima.psi@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5868-3754>

Suely Aires

Doutora em Filosofia da Psicanálise, Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UFBA, Tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (COM-HUPES/UFBA), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador – BA, Brasil.

E-mail: suely.aires7@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0802-9070>

Endereço para envio de correspondência:

Av. Sete de Setembro, 1884, apto. 601, Vitória. CEP 40080-004. Salvador – BA. Brasil.

Recebido 17/06/2021

Aceito 15/12/2021

Received 06/17/2021

Approved 12/15/2021

Recibido 17/06/2021

Aceptado 15/12/2021

Como citar: Almeida, D. L., & Aires, S. (2023). A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: Construção de um caso clínico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403>

How to cite: Almeida, D. L., & Aires, S. (2023). Psychoanalysis of Subjective Urgencies at a University Hospital: Construing a Clinical Case. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403>

Cómo citar: Almeida, D. L., & Aires, S. (2023). La Clínica Psicoanalítica de Urgencias Subjetivas en el Hospital Universitario: Construcción de un Caso Clínico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403>