



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA**  
Instituto de Psicologia - IPS  
*Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI*  
**MESTRADO ACADÊMICO**



**Daniela Lima de Almeida**

***O QUE ME INTERPELA É SE EU CONTINUAR A VIVER:***  
**o sujeito entre rupturas e tecituras na clínica das urgências subjetivas**

Salvador – Bahia

2024

**Daniela Lima de Almeida**

***O QUE ME INTERPELA É SE EU CONTINUAR A VIVER:***  
**o sujeito entre rupturas e tecituras na clínica das urgências subjetivas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Área de concentração:** Psicologia do Desenvolvimento.

**Linha de pesquisa:** Contextos de Desenvolvimento, Clínica e Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Suely Aires

Salvador - Bahia

2024

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

A447 Almeida, Daniela Lima de  
O que me interpela é se eu continuar a viver: o sujeito entre rupturas e tecituras na clínica das urgências subjetivas / Daniela Lima de Almeida, 2024.  
126 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Aires  
Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

1. Psicologia do desenvolvimento. 2. Psicanálise. 3. Emergências psiquiátricas.  
4. Tempo – Aspectos psicológicos. I. Aires, Suely. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 155.4

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA**  
Instituto de Psicologia - IPS  
*Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI*  
**MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO**



## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**O QUE ME INTERPELA É SE EU CONTINUAR A VIVER:**

**O SUJEITO ENTRE RUPTURAS E TECITURAS  
NA CLÍNICA DAS URGÊNCIAS SUBJETIVAS**

**Daniela Lima de Almeida**

## **BANCA EXAMINADORA:**

**Profa. Dra. Suely Aires Pontes (Orientadora)**  
*Universidade Federal da Bahia – UFBA*

**Profa. Dra. Cláudia Aparecida de Oliveira Leite**  
*Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG*

**Profa. Dra. Cristiane de Oliveira Santos**  
*Universidade Federal da Bahia – UFBA*

Salvador, 29 de janeiro de 2024.

**Dou fé**



Documento assinado digitalmente

**SUELY AIRES PONTES**

Data: 30/01/2024 14:36:08-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Profa. Dra. Suely Aires Pontes**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Suely Aires, por todo zelo, rigor e leveza na construção desta pesquisa e na vida mestranda. Pelo carinho com minha escrita e por transmitir a beleza da singularização de cada laço. Por acreditar em mim quando sequer conseguia vislumbrar um caminho e por segurar minha mão ao abrir tantas portas. Por ecoar a voz que diz: “Sim, é possível dar mais um passo”. Pela amizade, inspiração, andanças inesperadas, pelo dendê das quartas-feiras e por ser um encontro tão bonito em minha vida.

A Rosana Silva, por tornar a escuta em supervisão um acontecimento. Por me escutar e me fazer escutar em detalhes inaudíveis no cotidiano. Por ter me acompanhado no processo de descoberta das possibilidades da psicanálise no hospital e pelas questões que contribuíram para dar densidade à trajetória. Pela amizade e por transmitir em cada gesto que acreditar nas utopias nos faz construir um chão seguro.

A Andréa Hortélio, Laís Flores e Anabela Queiroz, pelas contribuições no Seminário de Qualificação e pelas provocações que ajudaram esta dissertação a ganhar corpo.

A Cláudia Leite e Cristiane Oliveira, por aceitarem participar do Seminário de Qualificação e da Banca de Defesa, pela dedicação do precioso tempo, pela oportunidade de trazer contribuições a este trabalho e por conversarem com a pesquisa de uma maneira tão genuína.

À Universidade Pública, por me proporcionar uma vivência numa extensão do mundo e caminhos capazes de transformá-lo. Por ser casa de encontros que transformam minha vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por financiar esta pesquisa.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, aos professores, colegas e funcionários.

Ao Grupo de Pesquisa “Hiato: Psicanálise, Clínica e Política” e a cada um de seus integrantes. Obrigada pelo acolhimento, pelas trocas, pela companhia nas dificuldades e por comemorar as conquistas.

Ao Centro de Pesquisa Outarte: psicanálise entre ciência e arte, pelos belos encontros e pelo rigor epistêmico que tanto contribuiu para esta pesquisa.

A Lucia Castello Branco, por fazer de cada aula um poema e, de suas ressonâncias, me fazer escutar a cada vez algo inédito. Por me lembrar do valor das co-incidências. Por me dizer que um sonho lançado ao vento é uma página de escrita.

Aos estudantes da disciplina Teorias e Sistemas I – Psicanálise (IPS/UFBA), no semestre 2023.1, pelo brilho nos olhos e pela preciosa contribuição em meus primeiros passos na experiência docente.

A Márcia Tourinho, pelo enorme presente que foi construir nossa amizade na vida mestranda e além. Os momentos de confiança em arriscar, de partilhar a escrita [em um tempo incontável], as descobertas, inseguranças, surpresas, entusiasmo, samba e axé deixaram rastros e ecos nesta dissertação e na vida. Obrigada pela generosidade, pelo espaço para a espontaneidade desde o primeiro encontro, por escutar minhas incoerências, devaneios, confidências e sonhos. Pela escuta alteritária e pelos áudios favoritados para nossos momentos de urgência. Por ter testemunhado acontecimentos que ressoaram em tantas direções. [Co]memorar cada etapa dessa trajetória contigo deixou tudo muito mais leve.

A Fábria Duarte, pela amizade que transmite coragem e fé na vida. Pelo compasso na existência que contagia. Por tornar real uma tão longínqua abstração, que me permitiu escrever esta dissertação com mais tranquilidade. Por me escutar incansavelmente no cotidiano, pelas horas dedicadas a ler o que escrevo e pelo samba de domingo. Por compartilhar os sonhos que acordam para a vida e por me lembrar que o verão em Salvador concede energia para o ano inteiro.

A Hellen Ferreira, por ter levado a sério meu pedido no primeiro dia de Residência: “Hellen, não esquece de mim”. Pela amizade e pela memória. Por compartilhar o sonho de estar na Universidade, por tornar presente em Salvador nossas raízes de vida no agreste e no sertão baiano e por me dizer, para reafirmar a alegria do percurso, que, enquanto eu escrevia o último parágrafo desta dissertação, ela escutava *Feeling Good*.

A Taiane Ventura, pelas questões pungentes que lança em conversas corriqueiras, pela confiança em mim, pelo companheirismo em momentos tão delicados da minha permanência em Salvador e pelo afeto e amizade que construímos. Pela parceria na aposta das possibilidades da psicanálise no hospital e pelo olhar atento aos detalhes.

A Leila Mignac, pela doçura na voz e nas palavras, pela amizade, pela companhia nas ondas do mar e pelo compartilhamento dos fragmentos analíticos que tanto nos tocam. Por enunciar que, na vida, em suas alturas e silêncios, é importante afinar-se ao pulso.

Ao Instituto de Psicanálise da Bahia (IPB), pelos espaços de formação que contribuíram com os fundamentos da teoria psicanalítica em meus primeiros passos e pelos laços construídos.

A Ivone Maia, pela transmissão cuidadosa da psicanálise em minha graduação.

Às minhas amigas da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), especialmente a Danielle Vidal, Rayane Santiago e Débora Oliveira, por estarem comigo desde o germinar deste percurso.

Aos bons encontros durante a Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos. Em especial a Alan Mesquita, Carolina Souza, Evanderson Quirino, Fábيا Duarte, Hellen Ferreira, Jussara Guerra, Lívia Soares, Mônica Venâncio, Nathália Ramos e Taiane Ventura.

A cada sujeito e encontro clínico, por renovar minha aposta na singularidade.

A painho, Manoelito Mascarenhas (*in memoriam*), que no curto tempo de intersecção de nossa vida pôde transmitir que *ter para onde olhar* torna a angústia menos amarga. Com seu gesto, me ensinou a primeira caligrafia. Deixou para mim um pouso e uma pausa, para que eu pudesse criar meu ritmo na existência.

A mainha, Eliene Lima, por todo o amor, aposta e respeito. Tudo que construí só foi possível porque você cuidou de mim.

A Daniel Lima, meu irmão, pelo afeto que nos une. Pela coragem e por me surpreender a cada passo no mundo. Por me convidar a ir além.

A Gabriel Lima, por me ensinar a rever o mundo e por me lembrar que minha presença é esperada em Água Fria pelo modo mais carinhoso: o desenho de uma criança de quatro anos.

A Cláudia Oliveira e a Kaiala Santos, por me conectarem ao tempo e serem o fundamento de toda amizade.

A Nora Gonçalves, por me lembrar de olhar para os lados. Pela sutileza no manejo da transferência em diferentes momentos e por me convocar a atos desejanter, para que eu possa sustentar as minhas escolhas na vida.

Aos demais amigos e familiares, por proporcionarem a cada encontro um laço seguro para retorno e incentivo para prosseguir. Em especial a minha tia Cristiane Lima, por me transmitir a aposta no ofício docente, quando me levava aos cinco anos para seu estágio no magistério.

E, por fim, agradeço a esta cidade, Salvador, por ser terra e mar para experiências e encontros maravilhosos. Por se tornar, para mim, mais uma casa no mundo.

*Vi então uma música sentada a ler o texto, pois era  
assim que ela concebia a figura do leitor.*

*(Maria Gabriela Llansol, O Texto-Catarina)*

## RESUMO

As inquietações que levaram à construção desta pesquisa partiram da experiência clínica da pesquisadora em contexto hospitalar com sujeitos que vivenciaram situações de urgência. Na teoria psicanalítica, uma urgência é concebida como índice de irrupção do real, um corte na experiência subjetiva em que os recursos psíquicos que serviam para contornar a angústia encontram-se ausentes, de modo a precipitar o sujeito a saídas abruptas. Este trabalho tem como objetivo geral investigar o sintoma como construção singular no processo de subjetivação da urgência. Para tanto, nos ancoramos em quatro concepções principais para subsidiar a pesquisa, a saber: urgência, angústia, tempo lógico e sintoma. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, em que foi realizada a construção de um caso clínico via escrita, método de pesquisa em psicanálise que possibilita testemunhar e transmitir uma invenção singular para tratar os impasses frente ao impossível do real na prática da psicanálise. O caso que compôs esta pesquisa foi acompanhado pela pesquisadora em um hospital público de Salvador, Bahia, durante a experiência como residente de psicologia. Por ser um estudo retrospectivo, foram utilizados registros documentais produzidos em diário de campo. Discutimos a articulação entre clínica e *clinamen*, que introduz a dimensão da contingência ao instaurar um impasse na práxis e na teoria psicanalítica, ponto em que o tema das urgências subjetivas e o método de construção de caso clínico se entrelaçam. Os resultados apontam para um caráter de precipitação temporal na urgência que, por um lado, produz um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir e, por outro, eleva uma enunciação ao estatuto de acontecimento, através da qual o sujeito advém, quando mediada por uma via de endereçamento. Nesse contexto, o sintoma em sua dimensão de enigma pode funcionar enquanto ato enunciativo, uma ancoragem significativa que possibilita uma subjetivação da urgência, de modo a transformar-se em uma questão para o próprio sujeito. Situamos uma *pó-ética* da psicanálise, ao dar lugar aos restos e fragmentos extraídos da experiência com o inconsciente, de modo que há algo singularmente inadiável a ser circunscrito numa urgência subjetiva. Desse modo, este trabalho contribui para a teorização sobre os processos de subjetivação da urgência, para a transmissão dos efeitos de singularização da clínica psicanalítica e para a discussão sobre as bases teórico-clínicas e metodológicas da pesquisa em psicanálise.

**Palavras-chave:** Psicanálise; Urgência; Tempo Lógico; Sintoma; Caso clínico.

## ABSTRACT

The concerns that led to the construction of this research stemmed from the researcher's clinical experience in a hospital setting with subjects who experienced urgency situations. In psychoanalytic theory, an urgency is conceived as an index of the irruption of the real, a cut in subjective experience in which the psychic resources used to circumvent anguish are absent, so that the subject is precipitated into abrupt exits. The general aim of this work is to investigate the symptom as a singular construction in the process of subjectivation of urgency. To this end, we used four main concepts to support the research: urgency, anguish, logical time and symptom. This is a qualitative, exploratory study in which a clinical case was constructed via writing, a method of research in psychoanalysis that makes it possible to witness and transmit a singular invention in order to deal with impasses in the face of the impossible real in the practice of psychoanalysis. The case that made up this research was followed by the researcher in a public hospital in Salvador, Bahia, during her experience as a psychology resident. As this is a retrospective study, we used documentary records produced in a field diary. We discuss the articulation between clinic and clinamen, which introduces the dimension of contingency by establishing an impasse in psychoanalytic praxis and theory, a point at which the theme of subjective urgencies and the clinical case construction method are intertwined. The results point to a temporal precipitation in the urgency which, on the one hand, produces a short circuit between the moment of seeing and the moment of concluding and, on the other hand, elevates an enunciation to the status of an event, through which the subject comes into being, when mediated by a way of addressing. In this context, the symptom in its enigma dimension can function as an enunciative act, a signifying anchor that enables a subjectivization of urgency, so that it becomes a question for the subject itself. We situate a po-ethics of psychoanalysis, by giving place to the remains and fragments extracted from the experience with the unconscious, so that there is something singularly unpostponable to be circumscribed in a subjective urgency. In this way, this work contributes to the theorization on the processes of subjectivation of urgency, to the transmission of the singularizing effects of the psychoanalytic clinic and to the discussion on the theoretical-clinical and methodological bases of research in psychoanalysis.

**Keywords:** Psychoanalysis; Urgency; Logical Time; Symptom; Clinical Case.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1	Percurso Metodológico .....	17
1.1.1	Uma epistemologia clínica em psicanálise .....	17
1.1.2	Construção do caso clínico: entre o rastro da fala e o fio da escrita .....	18
1.1.3	Um método para construir o caso Emecheta.....	23
1.1.4	Aspectos éticos .....	25
<b>2</b>	<b>URGÊNCIA SUBJETIVA, TEMPO LÓGICO E SINTOMA: PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS</b> .....	<b>26</b>
2.1	A clínica das urgências subjetivas .....	27
2.1.1	Perspectivas argentinas .....	27
2.1.2	Perspectivas brasileiras .....	32
2.2	Angústia e trauma na clínica da urgência .....	38
2.3	A clínica da urgência como um dispositivo.....	41
2.4	Urgência, tempo e sintoma .....	43
<b>3</b>	<b>UM TAMBOR RITMADO OU QUANDO A ANGÚSTIA VIRA ACORDE: O SINTOMA COMO CONSTRUÇÃO SINGULAR NA SUBJETIVAÇÃO DA URGÊNCIA</b> .....	<b>48</b>
3.1	“Um silêncio, um pranto ou um grito”: apontamentos sobre a noção de urgência subjetiva .....	49
3.2	Angústia .....	53
3.2.1	Angústia em Freud.....	53
3.2.2	Angústia em Lacan .....	58
3.3	A assunção do sujeito na cadência do tempo: da ruptura ao intervalo.....	62
3.4	Entre sentidos e acordes: notas sobre o sintoma.....	68
3.4.1	Sintoma em Freud .....	68
3.4.2	Sintoma em Lacan.....	73
<b>4</b>	<b><i>EU PRECISO QUE MEU CORPO QUEIRA VIVER</i></b> .....	<b>80</b>
	Parte I – “Primeiro foi um estalo, depois um estampido” .....	80
	Parte II – Interpelada. Interpelar .....	84
	Parte III – Indecidível tempo.....	91
4.1	Emecheta, uma mulher negra em ascensão social.....	95
4.2	<i>O que me interpela é se eu continuar a viver</i> : escutar o sujeito, construir o sintoma..	98
4.3	<i>Eu preciso que meu corpo queira... voltar</i> : além da interrupção, uma escrita do luto	
<b>101</b>		
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS OU... ENTRE SOM E CENTELHA</b> .....	<b>110</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Um problema de pesquisa possui certa afinidade com a urgência. Há algo que urge, impulsiona, faz barulho. Pesquisar é cortar e construir bordas. Sua temporalidade é a da escansão de uma questão que se elabora e se relança. Nesta, em especial, formulamos como pergunta de pesquisa: como os processos de subjetivação da urgência implicam a formação do sintoma? Para traçar um percurso investigativo, tomamos a escrita como uma bordadura<sup>1</sup>, que reúne os fios da clínica, dos conceitos e do desejo da praticante da psicanálise e pesquisadora sobre o tema, para transmitir aos hóspedes deste trabalho – os leitores –, o possível e o impossível de uma báscula entre o acontecimento que precipita uma urgência e a enunciação como acontecimento<sup>2</sup>, através da qual o sujeito advém.

A palavra urgência tem etimologia latina, *urgere*, que remete a impelir, pressionar, apressar (Miller, 2011). Embora esteja presente no arcabouço conceitual tanto da medicina quanto da psicanálise, em cada uma dessas matrizes discursivas a concepção de urgência ganha contornos específicos e se distingue da noção de emergência. No campo da medicina, a urgência se refere ao surgimento de um fenômeno que atinge o corpo biológico de forma aguda e necessita de intervenção médica em um rápido espaço de tempo para que não haja agravos (Barreto, 2004; Cordeiro & Miranda, 2020; Sotelo, 2015). A emergência, por sua vez, refere-se a uma situação que demarca um risco vital, exigindo assistência médica imediata (Sotelo, 2015). Enquanto isso, na psicanálise, a urgência nomeia uma situação clínica em que, frente a uma contingência que tem valor traumático<sup>3</sup>, o sujeito experimenta uma ruptura na linha do tempo, de modo que os recursos psíquicos que lhe serviam para contornar a angústia encontram-se ausentes, o que produz uma precipitação temporal que elide a possibilidade de elaboração (Seldes, 2019; Sotelo, 2015).

Ambas as concepções demandam intervenção, porém em lógicas distintas: ao passo que a medicina se detém no tempo cronológico para evitar um risco de morte, a psicanálise reconhece uma pressa na intervenção para que a saída da angústia não seja marcada por uma passagem ao ato, mas para isso recorre a uma pausa, subsidiada pelo tempo lógico. O tempo

<sup>1</sup> O uso que aqui fazemos de bordadura é extraído do verbo bordar que, além de referir-se à construção de um bordado em um tecido, construindo contornos, alude também a receber hóspedes (Aulete, 2022).

<sup>2</sup> Horne (2014) refere que o acontecimento cria a temporalidade, ao marcar um antes e um depois. Elevar uma enunciação ao estatuto de acontecimento é reconhecê-la como uma saída para a urgência a partir da condição de sujeito. Trata-se de uma nova inscrição entre um antes e um depois, de modo a descolar surpresa e efeito traumático.

<sup>3</sup> Para a discussão que empreendemos, o trauma pode ser concebido como algo que escapa à programação e, com seu caráter contingente e imprevisível, instaura um buraco no campo do simbólico, deixando o sujeito à mercê de um excesso inassimilável à representação (Belaga, 2005).

lógico, formulado por Lacan (1945/1998), possibilita uma escansão na aparente eternidade do instante marcado pela angústia em que o sujeito está submerso. Numa urgência, a angústia, afeto que transborda no corpo quando não encontra mediação psíquica (Freud, 1933/2010; Lacan, 1962-3/2005), se faz excessiva e o sujeito vê-se sem recursos simbólicos ou imaginários para contorná-la, o que pode impeli-lo a saídas abruptas. A pausa introduz um intervalo propício ao advento do sujeito na cadeia significante<sup>4</sup>, viabiliza que a angústia encontre contornos de linguagem e, assim, a urgência é subjetivada. Nesse ponto, já demarcamos como angústia e tempo podem entrelaçar-se ao abordar o tema das urgências, fio que inaugura a tecitura da escrita deste trabalho.

Meu<sup>5</sup> interesse pela clínica das urgências subjetivas começou durante o estágio na graduação em Psicologia, quando atuei no Serviço de Saúde Universitário (SESU) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na modalidade de plantão psicológico, voltado para o acolhimento de sujeitos da comunidade acadêmica que vivenciavam uma situação de urgência. Nessa época, a passagem da agudeza da angústia para a sutileza da linguagem já repercutia em minha formação, ao constatar que, numa urgência, algo de radicalmente singular se fazia presente e podia ser circunscrito quando encontrava uma via de endereçamento.

Posteriormente, na ocasião da experiência como residente de psicologia, descobri as possibilidades da clínica no contexto hospitalar a partir das urgências. Por ser marcado pelo encontro com o imprevisível, introduzido pelo adoecimento e pela própria experiência de hospitalização, este é um contexto em que a angústia emerge com certa frequência e, por vezes, um sujeito pode encontrar-se sem recursos psíquicos para contorná-la, o que provoca a irrupção de uma urgência (Almeida & Aires, 2023). No hospital, uma urgência se apresenta, segundo Donnarumma, Rodrigo, Bernztein, Cohen e Allamprese (2006), como um “excesso que irrompe na cena que sustenta o sujeito no mundo e provoca uma quebra discursiva (...) a urgência nos mostra o insuportável sem mediações<sup>6</sup>” (p. 147).

---

<sup>4</sup> Na concepção de Lacan (1955-6/1988), um significante não representa nada por si mesmo, isto é, não possui um significado correspondente. Em contrapartida, os efeitos de significação são produzidos a partir de uma articulação e deslizamento na cadeia discursiva, em relação com outros significantes.

<sup>5</sup> Embora possa soar como um equívoco acadêmico, optei por manter um duplo movimento na escrita, ora na primeira pessoa do plural, ora na primeira pessoa do singular, a fim de ressaltar os instantes de maior proximidade com relação à pesquisa. Ferreira (2018) nomeia esse movimento de dicção do texto e destaca que “a primeira pessoa vai deixando ao leitor a trilha da própria solidão da escrita, necessária à transmissão do que se passou nesse encontro com o outro, vivo e falante, e mesmo com o outro da voz do texto, na pesquisa bibliográfica” (pp. 143-4).

<sup>6</sup> No original: “[...] exceso que irrumpe en la escena que sostiene al sujeto en el mundo y provoca el quiebre discursivo (...) la urgencia nos muestra el insoportable sin mediaciones” (Donnarumma, Bernztein, Cohen; & Allamprese, 2006, p. 147). Todos os trechos traduzidos nesta dissertação são de minha autoria.

Ao longo dos rodízios nas enfermarias e em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), atendi sujeitos envoltos em intenso trabalho de elaboração psíquica para subjetivar uma urgência. Algumas situações clínicas podem ser sublinhadas: seja um sujeito que, após sucessivas perdas, se vê desnortado diante da possibilidade de morte do bebê prestes a nascer; um sujeito que vê seu corpo invadido por lesões e não encontra uma via para construir uma narrativa sobre o que lhe acontece; ou uma mulher que, após uma discussão, vê-se impossibilitada de fazer uso da fala e com pensamentos de morte.

Em algumas situações, a subjetivação da urgência numa cadência temporal parecia se articular à construção do sintoma por diferentes vias: como um ato enunciativo que entrelaça um saber insabido e possibilita uma localização subjetiva (Vorcaro, 2018); como ponto de repetição, algo que não cessa de se escrever e “se põe de través para impedir que as coisas caminhem” (Lacan, 1974/2011, p. 18); como injeção de significantes no real, que produz um excesso de sentido, cuja função é erguer uma defesa ante a irrupção do real (Lacan, 1975/1978); e como enigma que, quando transformado em questão, produz uma implicação subjetiva (Lacan, 1975/1978). Em cada uma dessas acepções, podemos reconhecer o caráter paradoxal do sintoma e o modo como o dispositivo analítico incide em seu estatuto ao longo do tratamento.

Nesta dissertação, destaco o caso Emecheta<sup>7</sup>: tratava-se de uma mulher que diante da necessidade de uma cirurgia cardíaca que traria limitações para uma gestação teve suas referências subjetivas rompidas. Vivenciava uma ameaça iminente de morte que vinha do próprio corpo adoecido e de um meio-dizer que circulava entre a equipe. Ela não via saídas para seu impasse, pois realizar ou não realizar a cirurgia lhe impunha grandes riscos, o que a fazia esbarrar com uma radical ausência de garantias quando a possibilidade de um futuro acenava apenas como uma miragem. A cada vez que era convocada por uma questão para a qual não tinha resposta, sentia-se *interpelada*<sup>8</sup>, significante que emergia, a princípio, em sua face opaca.

Relata que uma crise de uma doença autoimune surgia a cada vez que estava em processo de caminhada. O adoecimento, naquele momento, era um obstáculo que se erguia para lhe dizer mais um não, série que havia sido inaugurada na adolescência, ocasião de sua primeira

---

<sup>7</sup> Nome fictício, escolhido a partir do sobrenome da escritora nigeriana Buchi Emecheta. Tal escolha parte de uma cena em que a paciente lia, durante a hospitalização, um livro desta autora intitulado *No fundo do poço*. A princípio, ao falar sobre o livro, apresenta-se identificada à história da protagonista Adah, que tinha uma família considerada família-problema e ela, uma mulher negra, lutava para trabalhar e conseguir um diploma. A torção na escolha de Adah para Emecheta como nome fictício na construção do caso se dá em razão de marcar uma passagem da personagem para aquela que escreve, a fim de ressaltar sua posição de sujeito que tentava, diante da realidade social e do impossível do real da morte, inscrever no mundo uma posição geracional, que será abordada no capítulo referente à construção do caso.

<sup>8</sup> Os significantes em itálico foram extraídos da fala do sujeito durante os atendimentos.

crise. Agora, que se preparava para outros passos em sua vida, estava *curtindo* uma nova crise autoimune, *sombra* que se erguia para atravancar seu *processo de caminhada*. Ao enunciar que *o que lhe interpela é a possibilidade de continuar a viver*, inaugura-se para ela uma possibilidade de historicização, quando começa a tecer simbolicamente uma cadeia discursiva que enreda repetição e experiência subjetiva. Assim, embora um ponto de repetição insistisse, algo de inédito também se inscrevia e a levava a se interrogar sobre sua posição subjetiva diante da vida e da morte.

A clínica, então, confere adensamento ao fio da escrita desta pesquisa através de algumas inquietações: o que, entre a vida e a morte, interpelava este sujeito? O que o traço inadiável da urgência nos ensina sobre o tempo e o sujeito em angústia? Como a subjetivação da urgência no tempo se articula ao sintoma como construção singular e paradoxal?

Porge (2009) adverte que a psicanálise incide sobre a posição do sujeito, uma vez que o sintoma não é da ordem do fenômeno, e sim “algo que se assinala como um saber já lá, a um sujeito que sabe que isso lhe concerne, mas que não sabe o que é” (p. 158). Nesta perspectiva, Vorcaro (2018) acentua que se trata de localizar um saber insabido na singularidade do sintoma, bordejando-o como um ato enunciativo. Por enodar ao simbólico<sup>9</sup> o que restava como ponto de ruptura com a urgência, é possível que uma formação sintomática reenvie o sujeito a uma questão, marca da singularidade, que demarca que o sintoma não vai sem o sujeito (Bursztyń & Figueiredo, 2012). Assim, o objetivo geral desta pesquisa é investigar o sintoma como construção singular na subjetivação da urgência. Para tanto, traçamos como objetivos específicos: investigar a subjetivação de uma urgência no dispositivo psicanalítico e analisar as consequências clínicas das articulações entre urgência, angústia, tempo lógico e sintoma a partir da construção de um caso clínico

Abordar essa questão envolve, sobretudo, uma implicação e uma responsabilidade com situações em que há um risco de supressão radical do sujeito, quando impedido de fazer uso das palavras e submerso em angústia. Colocar em relevo este tema implica colocar a teoria e a clínica psicanalítica em questão, em suas possibilidades e impasses diante do tempo do sujeito em urgência, especialmente quando a possibilidade da morte aparece de maneira incontornável para o sujeito. É imprescindível, portanto, sustentar um espaço em que os restos significantes e

---

<sup>9</sup> Lacan (1963/2005) distingue três registros da realidade psíquica: I – o real, o impossível de ser simbolizado, que escapa à representação; II – o simbólico, campo da linguagem, em seus efeitos de ambiguidade e equívoco significativo; e III – o imaginário, que está ancorado na consistência do sentido, na alienação especular e em seus efeitos de ilusão de unidade.

os restos que não passam pelo significante possam ser endereçados, a fim de que o sujeito possa advir (Barros, 2013).

Nessa direção, esta pesquisa contribui para uma discussão sobre a eficácia da psicanálise no tratamento da angústia, que possibilita um trabalho psíquico de subjetivação, subvertendo a lógica de medicalização<sup>10</sup> e emudecimento do sujeito. Se “as palavras de nossos discursos cotidianos nada mais são do que magia empalidecida” (Freud, 1890/2020), desde as publicações freudianas pré-psicanalíticas há uma dedicação em resgatar o antigo poder mágico das palavras, impulsionado pela questão de como o tratamento psíquico por meio da fala produz efeitos no corpo. Por considerar que a fala é uma droga, que cura ou envenena, a aposta da psicanálise é de que há um *logos* na dimensão sonora da voz e da palavra, de que é possível desfazer pela fala o que foi feito pela fala, isto é, ao falar, algo se *diz-solve* (Gerbase, 2015).

Moretto (2019) aponta que o caráter traumático de um acontecimento pode advir quando não reconhecido no campo do Outro<sup>11</sup>, por vezes culminando na cronificação do sofrimento: “traumática é, portanto, a experiência que, não reconhecida, produz um sujeito invisível (...), transformando o que antes era o indizível da dor em experiência inaudível no campo da alteridade” (p. 62). Nesse sentido, a oferta de escuta e a construção de um dispositivo que permita uma subjetivação da urgência pode suscitar um novo espaço para a subjetividade, de modo a evitar a cronificação do sofrimento.

O corte instaurado pela urgência pode romper um arranjo subjetivo anterior, embora possa provocar torções e reparações inéditas, um novo uso da contingência que resguarda o mais singular do sujeito (Capanema, 2018). Dessa forma, fica evidenciada a aderência à linha de pesquisa “Contextos de desenvolvimento, clínica e saúde”, por se tratar de um tema que envolve uma investigação sobre os processos de subjetivação de uma urgência, em um contexto que articula clínica e saúde, possibilitando que a questão sobre a subjetividade esteja presente

---

<sup>10</sup> Por não ser tema central na discussão deste trabalho, indicamos algumas leituras para aprofundamento: Birman (2014); Dunker (2015); Safatle, Silva Junior e Dunker (2021).

<sup>11</sup> A partir das formulações lacanianas, podemos encontrar diferentes enlces dos registros psíquicos em relação ao conceito de Outro. Nesse sentido, a imaginarização do Outro indica um campo especular em que o sujeito fica capturado numa ilusão de completar o Outro, em um fechamento ao campo da alteridade, ao anular o que poderia indicar uma diferença, uma não complementaridade. Com isso, o Outro pode ganhar uma consistência tal que produz uma mortificação do sujeito, que pode transformar-se, por vezes, em um Outro invasor, onipotente, a quem nada falta, marca do Outro real, em que o sujeito fica reduzido a objeto de um gozo ilimitado. Por sua vez, a entrada do sujeito na linguagem instaura uma falta, de modo que o significante que vem do Outro permite ao sujeito representar-se, mas não completamente, algo escapa e instaura um movimento de dialetização, de deslizamento significante que permite ao sujeito sair da condição de objeto de gozo do Outro. Nesse ponto, temos o Outro situado como um lugar simbólico, de alteridade, que funciona como tesouro dos significantes, porém marcado por uma falta, a falta que indica que não há no Outro um significante que represente por completo o sujeito (Lacan, 1964/2008). Para esta pesquisa, as elaborações teóricas sobre o Outro simbólico ganharão relevância em virtude das operações envolvidas na subjetivação da urgência.

na tecitura do cuidado. Neste contexto, esta dissertação é composta por quatro capítulos, sumarizados a seguir.

O primeiro capítulo é formado por duas seções fundamentais: 1) esta introdução, que visa apresentar o tema, o contexto que origina o trabalho, a pergunta de pesquisa, a justificativa, os objetivos e a estrutura da dissertação; e 2) o percurso metodológico, que, além de apresentar o desenho geral da pesquisa e os aspectos éticos, traça uma discussão teórico-epistemológica para subsidiar o método de construção de caso clínico e apresenta a singularidade de um método para construir o caso Emecheta.

O segundo capítulo apresenta a revisão de literatura, que aborda como o tema das urgências subjetivas vem sendo trabalhado na contemporaneidade, de modo a inscrever esta dissertação em determinado ângulo do estado da arte. Assim, traçamos um panorama histórico da clínica das urgências, predominantemente construída na América Latina; identificamos os principais operadores conceituais em jogo na literatura revisada; discutimos a concepção de clínica da urgência como um dispositivo de subjetivação; e circunscrevemos as articulações entre urgência, tempo lógico e sintoma, perspectiva em que esta pesquisa se insere.

O terceiro capítulo é dedicado ao marco teórico da pesquisa, em que são trabalhados os fundamentos conceituais das noções de urgência, angústia, tempo lógico e sintoma, a partir de autores e textos clássicos do campo psicanalítico. A discussão traçada neste capítulo articula-se estreitamente à construção do caso clínico que o sucede.

O quarto capítulo contempla a construção do caso Emecheta, fundamentada nos operadores metodológicos apresentados no primeiro capítulo. Após a construção do caso, desenvolvemos três subtópicos com pontos candentes que se relançaram do caso clínico: começamos por uma discussão da dimensão sociopolítica do sofrimento, a partir da experiência de Emecheta como uma mulher negra em ascensão social; em seguida, articulamos a clínica psicanalítica à escuta do sujeito para abordar a hipótese de que a subjetivação da urgência no tempo pode implicar a formação do sintoma; e, por fim, abordamos um impossível *de* transmitir e *a* transmitir com o caso Emecheta.

Para concluir, a seção de considerações finais apresenta os principais resultados e contribuições da pesquisa, bem como localiza as limitações do trabalho e circunscreve sugestões para pesquisas futuras.

## 1.1 Percurso Metodológico

Este trabalho está situado no âmbito da pesquisa em psicanálise por partir dos impasses encontrados na clínica que permitem “interrogar, reformular, distinguir ou ultrapassar o que já foi explicitado pela generalização teórica psicanalítica” (Vorcaro, 2018, p. 57). Adota uma abordagem qualitativa, utilizada por explorar a polissemia e a interdisciplinaridade envolvidas no campo de investigação, ao mesmo tempo em que aponta para a experiência humana em sua complexidade e singularidade (Minayo, 2021). A pesquisa é de natureza exploratória por considerar variados aspectos referentes ao problema em investigação e à operacionalização dos objetivos. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa de literatura sobre o tema e utilizado o método de construção de caso clínico, por permitir abordar os impasses que se apresentam ao longo de um tratamento, tendo como horizonte a singularidade do caso (Vorcaro, 2018).

Nesse sentido, esta seção será articulada em tópicos que permitem situar a escolha metodológica em seu campo epistemológico e delimitar a concepção de construção de caso clínico que utilizaremos.

### 1.1.1 *Uma epistemologia clínica em psicanálise*

A vastidão do campo epistemológico em toda área de investigação requer um delineamento através do qual se inscreverá uma pesquisa. Por estar situada no âmbito da pesquisa em psicanálise, torna-se relevante articular a escolha metodológica deste trabalho ao seu campo epistemológico. Ao interrogar-se sobre o estatuto científico da psicanálise, Lacan (1964/2008) salienta que não é necessário que a árvore da ciência tenha apenas um tronco. A psicanálise situa-se como um outro tronco, ancorado em uma epistemologia própria, de modo a caracterizar-se como uma práxis que funda um modo de tratar o real pelo simbólico.

Tal concepção demarca o compromisso ético-político daqueles que praticam a psicanálise, para que uma elaboração simbólica possa advir diante do que é vivido como traumático nas diversas situações de desamparo social e discursivo, de modo a fazer frente às práticas de silenciamento e assujeitamento (Rosa, 2018). É possível salientar, ainda, outra dimensão política de transmissão e pesquisa na psicanálise, uma vez que a experiência com o inconsciente evidencia a impossibilidade de uma apreensão totalizante da realidade humana. Por essa via, a clínica revela o real que não se escreve. No entanto, embora seja impossível escrever o real, a clínica psicanalítica, em sua práxis e transmissão, dá lugar às invenções singulares que o contornam (Guerra, 2022).

É neste contexto que a construção de caso clínico se insere, por ter como objetivo extrair consequências de um impasse que emerge na clínica, ponto opaco em que o caso faz objeção à elaboração teórica, testemunha desse real irreduzível (Gault, 2018). A construção de caso clínico situa-se, portanto, como um método de pesquisa em psicanálise, por possibilitar um espaço em que a teoria pode ser interrogada pela clínica. A criação dos conceitos, nos diz Cottet (2012), é resultado de um tropeço com um real impossível de deduzir dos axiomas precedentes. O próprio Freud (1915/2020) já sublinhava que o progresso do conhecimento não tolera nenhuma rigidez nas definições, de modo que até mesmo os conceitos fundamentais passam por uma constante modificação.

Nessa perspectiva, resgatamos uma proposição de que a epistemologia da psicanálise é uma epistemologia clínica, isto é, é a partir da experiência analítica que se extrai uma consistência epistemológica da teoria psicanalítica (Guerra, 2022; Vieira, 2005). A psicanálise constitui-se como um campo que admite uma atualização teórico-conceitual a partir da experiência clínica, por dar lugar ao resíduo que mantém uma brecha aberta e pulsante. Assim, o que escrevemos com os restos e fragmentos extraídos da clínica?

### ***1.1.2 Construção do caso clínico: entre o rastro da fala e o fio da escrita***

Como transmitir o que acontece na clínica psicanalítica? Como passar dos tropeços com o real à escrita de um caso? Quais os efeitos de endereçar a um público uma escrita tecida de restos e fragmentos extraídos da clínica? A etimologia do termo caso vem do latim *cadere*, algo que cai e aponta tanto para o que é decantado de uma experiência quanto para o que não encontra eco em nenhuma formulação teórica precedente (Leite, 2018). Nesse sentido, o que faz caso aponta para os destinos de um impasse, de um ponto incapturável pela representação que provoca no campo psicanalítico um movimento incessante de reinvenção da clínica, impulsionada pela questão: “o que não se pode escrever do trabalho do inconsciente?” (Lacan, 1973/2003).

Ao discutir a clinicidade do ensino em tensionamento com a transmissão, Leite (2016) problematiza uma disjunção entre caso e clínica e resgata o apontamento lacaniano de que não é o fato de um caso ser evocado que demarca o caráter clínico de um ensino; isto é, não basta um relato com um conjunto de observações e anamnese para cernir a dimensão clínica de um caso. O que vem a ser, então, um caso *clínico*? Ao pôr entre parênteses a origem médica do termo clínica, que remete a leito/deitar-se, Leite (2016; 2018) resgata sua origem poética latina, que remete ao *clinamen*. Ressalta que mais além da referência ao que cai, é preciso associar o

caso clínico ao acontecimento, ao desastre, à desventura. O *clinamen* presentifica a possibilidade de um choque imprevisível entre dois átomos, quando um deles cai (*casus*) de modo inclinado e provoca um acidente que instaura algo novo. Na clínica, quando desse acidente decorre um impasse que requer uma solução, temos algo que faz caso e que pode convocar o analista à construção do caso clínico.

Em *Abertura da seção clínica*, Lacan afirma que “a clínica é o real enquanto ele é o impossível de suportar” (1977/2001, p. 8). Mais além do real impossível que decorre de um impasse, que não cessa de não se escrever, o real como o impossível de suportar introduz a dimensão de um peso, de uma carga, para o qual é necessário um corpo, como demarca Brodsky (2014). Esse real impossível de suportar o é, em primeiro lugar, para o próprio sujeito, e se apresenta como uma urgência, na clínica, quando os arranjos psíquicos se esgarçam e o deixam à mercê da angústia e de um curto-circuito temporal. Mas, para o analista, a clínica é também o que o convoca a uma invenção com as peças soltas, uma tentativa de “emoldurar o impossível de suportar, o impossível da prática da psicanálise” (Brodsky, 2014). A construção de caso clínico é uma das vias de testemunhar e produzir ressonâncias a partir de uma solução singular para tratar o real.

Assim, destacamos que a construção do caso clínico não se reduz nem à história clínica em si nem à pura teorização sobre o caso. O caso como *cadere*, resto que cai, aponta para o que resiste à classificação, algo de impossível que insiste e produz um tensionamento entre o singular e um *corpus* teórico (Aires, 2018). Trata-se de um arranjo tecido entre os elementos do discurso que apontam para uma enunciação do sujeito e suas consequências, algo que gera enigma e leva a uma interrogação dos operadores conceituais a partir de um encontro que a clínica produz (Vorcaro, 2018).

Ao se debruçar sobre a questão do método na psicanálise, Porge (2009) acentua que o estatuto de existência de um fato clínico depende da rede com a qual o apanhamos e, neste ponto, o analista encontra-se implicado, uma vez que “faz parte do caso do analisante, porque faz parte do conceito do inconsciente, na medida em que constitui o seu destinatário” (Porge, 2009, p. 157). Podemos depreender que, na construção do caso, há um efeito de dobradiça na posição do analista-pesquisador: ao mesmo tempo que recorta questões para investigação, leva em consideração os movimentos transferenciais, o modo como foi incluído nas formações psíquicas do sujeito, que aponta para uma lógica singular ao caso, a partir de onde foi possível sustentar as intervenções. Esse feito de dobradiça produz um movimento de balança, de abertura e fechamento, que impede a adesividade do analista-pesquisador em uma ou outra posição, e o situa em um ponto angular para produzir giros na escrita da clínica e, assim, possibilitar a

transmissão. Há, então, a inclusão do analista-pesquisador dividido entre aquele que escutou e aquele que passa ao público a construção de um caso (Leite, 2018).

Nessa direção, para que haja caso clínico é necessário ultrapassar o quadro clínico, o já classificado, e recolher o que escapa à elaboração teórica, o que se apresenta como impasse no tratamento e presentifica o singular, de maneira a transmitir, na trama da escrita, o método clínico e a hipótese do inconsciente (Vorcaro, 2018). Assim, transmite-se uma lógica de incompletude ao “colocar o saber em questão a partir da experiência do inconsciente, pois a prática analítica se afirma pelas consequências colocadas em jogo, pelos efeitos de reconhecimento de um saber que não se sabe” (Aires, 2020a, p. 99).

Ao trabalhar o método psicanalítico, Freud (1905/2020) resgata de Leonardo da Vinci o contraste entre a pintura e a escultura, ao dizer que, na primeira, o artista trabalha *per via di porre*, ao inserir tinta na tela, onde nada existia, ao passo que o escultor opera *per via di levare*, ao retirar da pedra o necessário para esculpir a superfície. O argumento freudiano é o de que a psicanálise opera *per via di levare*, de extrair. Fazemos uso desta perspectiva ao trabalhar o método de construção de caso clínico, que se dá com o que o analista-pesquisador pôde extrair da clínica. Dessa maneira, na construção do caso trata-se de uma escrita talhada nos restos e ruínas, visto que o inconsciente estilhaça e fragmenta, com sua lógica própria de funcionamento (Canguçu, 2021).

Na perspectiva psicanalítica, um caso não existe *a priori*, não se inicia um tratamento para abordar um caso em pesquisa e ilustrar algum elemento teórico. Ao interrogar-se sobre o que se pode nomear como caso clínico em psicanálise, Aires (2018) localiza no efeito de transmissão a possibilidade de reconhecimento de que, em uma determinada narrativa, houve caso. Esta transmissão envolve, segundo Vorcaro (2018), um impossível *de* transmitir, por tocar algo do real que escapa, e um impossível *a* transmitir, que permite “construir o suporte de um ponto de ignorância para reintroduzir o que não se sabe como eficácia operatória” (p. 43).

Em um primeiro momento, o que suscita uma construção é o que ressoa como ponto do real, que em sua opacidade gera enigma e produz um empuxo à escrita, impele o analista a uma elaboração, como nos indica Aires (2018): “há um ponto de real que convoca o analista, em sua angústia, a escrever, a falar disso que se coloca em cena ou fora da cena, que não pode ser todo dito, mas que pede palavra” (p. 186). A autora demarca que o caso se atualiza em sua formulação, cuja escrita tem uma função de alteridade. Assim, embora o caso inclua algo do analisante, vai além, uma vez que se refere aos ecos do encontro que a clínica promove (Vorcaro, 2018) e que encontram fundamento no tripé da formação analítica, a partir da análise pessoal do analista, da supervisão e dos estudos teóricos.

Por ser uma elaboração do analista-pesquisador que se dá no *a posteriori*, a narrativa do caso tem um caráter de ficção (Aires, 2018; Vorcaro, 2018), uma vez que o real só pode ser contornado, e não representado. Torna-se, portanto, uma escrita que, ao traçar as linhas em torno do impossível *de* transmitir e *a* transmitir, presentifica o estilo do analista-pesquisador. Segundo Porge (2009), o estilo age como uma punção<sup>12</sup>, “simultaneamente instrumento para picar e resultado da picada, escrita, marca que certifica” (p. 69). Essa punção fissa elementos do caso e transmite uma incomensurabilidade do encontro analítico.

Ao mesmo tempo, para cernir algo do real, do singular na clínica, é preciso que a narrativa mantenha a função da literalidade do escrito, como nos adverte Vorcaro (2018). O real da clínica aparece quando o que se apresenta no caso não encontra representação no campo do Outro e impede a classificação. Ao extrair o singular do caso entram em jogo os pontos opacos, por vezes significantes do sujeito, que escapam ao sentido. O analista-pesquisador efetua uma operação de ressaltar trilhamentos do caso, que permite decompor séries imaginárias que encobrem o singular: “só o encadeamento significante permite ler, no escrito, a constrição real, ou seja, a singularidade do caso que não é nem apenas da estrutura do paciente, nem de suas manifestações sintomáticas, mas refere-se ao encontro desencontrado do sujeito com o analista” (Vorcaro, 2018, p. 59). O método de construção de caso clínico possibilita, então, um tratamento do impossível, do que surge, na clínica, como real e leva a um arranjo singular do que se escreve com os restos (Guerra, 2022).

Ao abordar o processo de construção do caso, Figueiredo (2004) constrói indicadores metodológicos para o manejo dos elementos clínicos a partir dos binômios: história e caso; supervisão e construção; conceitos e distinções. De início, o analista constrói um relato da história clínica para tecer um percurso do tratamento. Essa história é trabalhada na supervisão, onde as questões levantadas servem para o pesquisador compor um novo texto, desta vez reduzido a pontos nodais do caso. Identifica-se uma questão para abordagem na construção que depende da escolha do pesquisador, onde o analista encontra-se implicado. É na passagem de um texto a outro que temos a construção de um caso: “o *caso* não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva” (Figueiredo, 2004, p. 79). Portanto, o caso não equivale ao paciente, é uma construção do analista-pesquisador, a partir dos ecos da enunciação do sujeito.

Os binômios supracitados demarcam que algo se perde na passagem entre eles, pois na escrita de um caso clínico também entra em jogo o bem dizer, que faz limite a uma apreensão

---

<sup>12</sup> Porge (2009) recupera de Lacan o termo punção, grafado através do  $\diamond$ , figura de estilo/estilete.

totalizante. Dessa maneira, o caso “é o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que ‘caem’, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra” (Figueiredo, 2004).

Com tais formulações, sublinhamos uma questão colocada por Aires (2018): por que tornar público um caso? Nossa aposta é que a escrita de um caso permite uma teorização e transmissão da psicanálise. Neste campo, as teorizações são construídas a partir do singular, do que escapa aos conceitos e operadores clínicos. Se não se trata de tomar um caso como exemplar de uma classe, na passagem da escrita à publicação há uma convocação que interroga o analista para que ele possa declarar suas razões, prestar contas do que sua prática tem de arriscado (Lacan, 1977/2001).

Tornar público implica endereçar a escrita a um destinatário, o que torna primordial ao analista-pesquisador a questão sobre a que público se destina um caso (Aires, 2018). A função de alteridade do destinatário permite verificar, *a posteriori*, se houve efeito de transmissão, e se, portanto, houve caso: “o mínimo que se pode esperar de um caso é que o ouvinte, ou o leitor, tenha um lugar, porque o caso, em psicanálise, produz-se sempre em relação a um terceiro, seja ele um supervisor, um leitor ou um público” (Siqueira & Queiroz, 2014, p. 107). Os efeitos do que persistiu como ponto incapturável pela linguagem apontam que transmitir a clínica psicanalítica é transmitir o impossível de transmitir (Porge, 2009). Como não se trata simplesmente de apreender um conhecimento, novos ecos se produzem com os restos e podem causar, no destinatário, um desejo de saber.

Nesse sentido, esta pesquisa é marcada pelas seguintes interrogações: por que trabalhar as questões clínicas que a suscitaram em um programa de pós-graduação em psicologia? Nossa aposta é que esta pesquisa pode contribuir para uma transmissão da psicanálise através de uma investigação sobre como os processos de subjetivação da urgência implicam a formação de sintoma. Cabe salientar que endereçar uma teorização construída a partir de um caso possibilita que ela não se encerre em seu gérmen delirante (Aires, 2018), de modo a abrir espaço para perguntas, comentários e tensionamentos que coloquem os praticantes a trabalho. Tal motivo ganha relevância quando endereçamos à universidade as produções extraídas da clínica psicanalítica. Embora a psicanálise esteja ancorada em uma epistemologia própria, ela não se faz sozinha, de maneira que o diálogo e desafios presentes em sua interlocução com outras áreas do saber põem em movimento o tecer da teoria e da clínica psicanalítica no mundo. Em contrapartida, consideramos que o compromisso social da universidade, expresso em sua presença nos diversos espaços onde os sujeitos vivem e circulam, faz reverberar os efeitos de singularização transmitidos pela psicanálise.

### *1.1.3 Um método para construir o caso Emecheta*

O caso Emecheta foi acompanhado por mim numa enfermaria e numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de Salvador, Bahia, durante a experiência como residente de psicologia em uma equipe multiprofissional. Trata-se de um hospital que possui caráter docente-assistencial, o que constitui um importante campo de produção de conhecimento a partir de questões encontradas no cotidiano das práticas profissionais. Nesse contexto, a escolha do caso articulou-se à escuta clínica e aos pontos nodais que se apresentaram ao longo do tratamento.

Por ser um estudo retrospectivo, foram utilizados registros documentais produzidos durante os atendimentos, que ocorreram entre os meses de setembro e novembro de 2019. Por construir meu trabalho desde uma perspectiva psicanalítica, entra em jogo a questão sobre o que se recorta de um atendimento para a escrita de tais registros. Nessa direção, ao considerar a associação livre e a transferência no dispositivo de subjetivação da urgência, faço, neste momento de escrita da dissertação, uma operação de leitura dos registros realizados à época em diário de campo, de modo a localizar os elementos que subsidiaram a construção do caso Emecheta. Foram registrados fragmentos que apontam para:

- a) a instauração da urgência como índice de irrupção do real;
- b) significantes que se destacavam na fala do sujeito e testemunhavam um excesso de sentido ou uma opacidade;
- c) formações do inconsciente, das quais se destacaram, no caso Emecheta, os atos falhos e o sintoma;
- d) pontos de repetição, que apontam para o real enquanto aquilo que retorna sempre ao mesmo lugar (Lacan, 1974/2011);
- e) a posição do sujeito frente à experiência de adoecimento e hospitalização e ao real da vida (Lacan, 1974/2011);
- f) movimentos transferenciais, que presentificam uma atualização da realidade do inconsciente (Lacan, 1964/2008);
- g) pontos de [diz]junção entre sujeito e corpo e seus enlaces com uma posição enunciativa (Aires, 2022), localizando momentos de elaboração, de impedimento ou de impossibilidade de enunciação;
- h) minhas intervenções enquanto praticante da psicanálise e seus efeitos;
- i) questões discutidas em supervisão;

- j) elaborações do sujeito que possibilitavam um processo de subjetivação da urgência;
- k) elementos referentes à construção do cuidado em equipe.

Nesse contexto, ao articular os fundamentos teórico-metodológicos da construção do caso clínico à práxis psicanalítica, acrescento dois momentos prévios aos binômios história e caso; supervisão e construção; conceitos e distinções, formulados por Figueiredo (2004). Nesse contexto, apresento os momentos da construção do caso Emecheta:

I) O que insiste: com a finalização da residência, dediquei-me a retomar os registros de alguns casos que marcaram a minha experiência no hospital, por sentir que havia algo a ser extraído dali, especialmente nos casos de urgência subjetiva. O caso que viria a nomear como “caso Emecheta” já ecoava desde o período de atendimento e, dos registros, passei à escrita de um primeiro e breve relato, quando percebi que seria necessário passar a uma construção de caso clínico e a um endereçamento, para dar um destino a algo até então indiscernível que fazia esse caso insistir em minha memória;

II) O impossível: a questão que se decantou e deu origem à pergunta de pesquisa desta dissertação permaneceu em virtude de sua relevância clínica. Entretanto, durante a primeira reunião de orientação do mestrado, um apontamento de minha orientadora me fisionou e tornou mais densa a experiência desta pesquisa: ela soube ler, após me orientar no Trabalho de Conclusão de Residência, que este era o segundo caso do hospital em que um traço do impossível do real se fazia presente e que eu propunha, via escrita, passar à construção de caso clínico numa pesquisa acadêmica. Soube, desde então, que apostar na transmissão da clínica psicanalítica via escrita me implicava de uma maneira singular, ao possibilitar, a um só tempo, transmitir o impossível do real da clínica e diluir uma lógica transferencial (Fender, 2018);

III) História e caso (Figueiredo, 2004): com o início da pesquisa, resgatei os registros do diário de campo e escrevi um novo relato, com diferentes pontos nodais que marcaram os atendimentos. Dividi este relato em três fragmentos, que cerniam momentos lógicos do tratamento, ao considerar os elementos extraídos da escuta clínica e discutidos acima, mas ainda sem as articulações com os operadores conceituais;

IV) Supervisão e construção (Figueiredo, 2004): este relato foi lido e discutido com Rosana Silva<sup>13</sup>, que também havia supervisionado o caso no período em que aconteceram os atendimentos. É possível localizar dois movimentos na supervisão realizada durante a pesquisa: 1) de amplificação dos momentos lógicos do caso, ao retomar pontos já discutidos naquela época, desta vez em articulação a questões inéditas que surgiram em um *só-depois*, incluindo

---

<sup>13</sup> Psicanalista, Doutora em Ciências Sociais (UFBA) e preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos (COM-HUPES/UFBA).

um ato falho meu ao falar retroativamente dos atendimentos; 2) de circunscrição dos pontos nodais em articulação aos operadores conceituais que subsidiariam a construção do caso;

V) Conceitos e distinções (Figueiredo, 2004): na passagem de um binômio a outro há um hiato que requer um uso da dobradiça na posição do analista-pesquisador. A questão central recortada para a construção do caso foi acerca de como os processos de subjetivação da urgência implicam a formação do sintoma. Em minha experiência, foi necessário recolher e desenvolver outros pontos que persistiram ao final da construção do caso e, embora não tenham sido o tema central da pesquisa, mostraram-se imprescindíveis para avançar numa teorização que tenha como fundamento as interrogações que a clínica coloca, como se vê no capítulo 4.

Dessa maneira, a análise do material visa localizar a subjetivação da urgência numa cadência temporal e sua articulação com o sintoma como construção singular. Assim, entra em jogo a posição subjetiva do sujeito, 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, os deslocamentos ocorridos em sua posição a partir das elaborações construídas, os pontos de impasse e as saídas singulares apontadas pelo sujeito. Tais elementos serão abordados a partir do método de construção do caso clínico, numa perspectiva psicanalítica que, ao mesmo tempo, permitirá tecer considerações teóricas sobre o tema.

#### ***1.1.4 Aspectos éticos***

Esta pesquisa é orientada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Tal normativa prevê que pesquisas que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional não serão registradas no Sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), desde que resguardem os dados que possam identificar o sujeito. Assim, retiramos tais informações e utilizamos nome fictício, a fim de resguardar o sigilo.

Seguimos as observâncias contidas na Resolução CFP nº 001/2009, que trata dos registros documentais decorrentes de atendimentos psicológicos. Os resultados desta pesquisa serão veiculados exclusivamente em meios científicos. Benefícios indiretos podem ser esperados, como contribuições sobre os processos de subjetivação da urgência e um efeito de transmissão que permite aprofundamento das bases teórico-clínicas e metodológicas da pesquisa em psicanálise.

## 2 URGÊNCIA SUBJETIVA, TEMPO LÓGICO E SINTOMA: PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS

Realizamos uma revisão narrativa de literatura para abordar o estado da arte em que se encontra o tema das urgências subjetivas, especialmente quando se trata de suas articulações com o tempo lógico e o sintoma. A revisão narrativa permite relacionar este trabalho com produções anteriores, identificar temáticas recorrentes, circunscrever lacunas de pesquisa e apontar novas perspectivas (Vosgerau & Romanowski, 2014).

Contemplamos as seguintes bases de dados e plataformas de busca: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS Psi), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Periódicos CAPES e Google Acadêmico. Foram utilizadas as estratégias de busca com o operador booleano AND, mesclando os termos “urgência subjetiva”, “tempo” e “sintoma”, além de acrescentar o termo “psicanálise” quando era necessário especificar os achados. A busca foi realizada entre os meses de abril e setembro de 2022 e a seleção se deu a partir da relevância e pertinência dos materiais encontrados, com foco nas publicações dos últimos dez anos (2012-2022), sem filtro de idioma.

O *corpus* da revisão de literatura foi composto por 34 artigos e três livros de pesquisadores e psicanalistas contemporâneos. Além do recorte temporal dos últimos dez anos, utilizamos três artigos mais antigos (Calazans & Bastos, 2008; Calazans & Marçal, 2011; Sotelo et al., 2011), tendo em vista a importância e a grande utilização dessas produções até nossos dias, e um trabalho publicado nos anais de um evento (Miari, 2021), por tratar das articulações entre urgência e sintoma e ainda não ter sido publicado como artigo em periódico.

Em um panorama geral, a maioria dos estudos acerca das urgências subjetivas adota uma metodologia de abordagem qualitativa, com enfoque nas discussões teóricas ou estudo de caso. As publicações encontradas nas bases de dados são da América Latina, com destaque para Argentina e Brasil, em que há uma presença importante da psicanálise lacaniana, inclusive no âmbito das instituições públicas. Os primeiros dispositivos psicanalíticos para o tratamento das urgências foram criados na Argentina, enquanto no Brasil há uma crescente produção nos últimos quatro anos. O campo da saúde é o que concentra a maioria dos estudos, principalmente os serviços que são marcados pela presença de sujeitos em sofrimento psíquico intenso, como os hospitais, serviços de urgência e emergência e os serviços especializados em saúde mental, o que corrobora a perspectiva que sublinhamos, de que o encontro com o imprevisível possibilita a irrupção de uma urgência.

Assim, dividimos este capítulo de revisão de literatura em quatro tópicos: I – *A clínica das urgências subjetivas: perspectivas argentinas e brasileiras*, que visa mapear os projetos de orientação psicanalítica para acolhimento das urgências, seus fundamentos e delineamentos atuais; II – *Angústia e trauma na clínica da urgência*, que busca analisar as articulações entre os operadores teórico-clínicos que apareceram com grande frequência na literatura revisada; III – *A clínica da urgência como um dispositivo*, que caracteriza e fundamenta uma noção de dispositivo para a subjetivação da urgência, mediada por uma escansão temporal; e IV – *Urgência, tempo e sintoma*, que articula as principais concepções que subsidiam a questão de investigação desta pesquisa e a inscreve em determinado ângulo do estado da arte traçado, a partir da hipótese de que a subjetivação da urgência no tempo pode levar à construção do sintoma em sua dimensão de enigma.

## **2.1 A clínica das urgências subjetivas**

### **2.1.1 *Perspectivas argentinas***

A clínica das urgências subjetivas começou a ser circunscrita na década de 1980 na Argentina, através da prática de psicanalistas em instituições públicas de saúde (Berta, 2015; Seldes, 2019; Sotelo, 2015). Naquele momento, o expressivo retorno de sujeitos em sofrimento psíquico às emergências hospitalares indicava uma necessidade de reavaliar as propostas terapêuticas no campo da Saúde Mental, que eram reduzidas às práticas psiquiátricas ambulatoriais e de internação, com intervenções farmacológicas que incidiam estritamente na remissão dos sintomas (Sotelo, 2015; Sotelo et al., 2013). Em 1985, com a regulamentação do exercício profissional da psicologia na Argentina como uma prática independente da medicina, os psicólogos passaram a compor equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, momento em que foram criadas as primeiras Residências em Psicologia, que possuíam uma destacada orientação psicanalítica (Sotelo, 2015).

Nesse contexto, surgiram os primeiros projetos que visavam construir, em cada caso, uma passagem da urgência à subjetivação, a partir de dispositivos que possibilitavam um tratamento pela via do simbólico ao que havia funcionado como uma ruptura na vida do sujeito (Seldes, 2019; Sotelo, 2015). Nessa direção,

Definimos como consulta de urgência a que se realiza sem encontro marcado, devido a que quem consulta, paciente ou quem o traz, considerar que o padecimento requer atenção imediata. Se chama urgência subjetiva a que aparece naqueles casos em que a mesma compromete o sujeito que tem uma percepção íntima de que isso lhe concerne, mais além da opinião do profissional acerca da gravidade do caso<sup>14</sup> (Sotelo, 2015, p. 65).

Embora persista uma dificuldade de articulação simbólica na urgência, a presença do afeto da angústia demarca algo que toca o sujeito, ainda que ele não saiba dizer como ou por quê. Nesse sentido, Cabral (2021) sublinha que é importante considerar as urgências no plural, isto é, há tantas urgências como sujeitos, o que convoca cada um a apropriar-se subjetivamente do que provocou uma ruptura:

No caso das situações de urgência subjetiva, entendemos que se trata de movimentos de subjetivação, que requerem um trabalho de elaboração ante a surpresa do ocorrido, aquilo que irrompeu em sua vida e deixou petrificado o sujeito em um instante de ver. O convite será a construir um relato, a tecer os acontecimentos da vida com a irrupção da mesma, possibilitando começar uma trama, ligando S1-S2 e, deste modo, começar a apropriar-se desta urgência<sup>15</sup> (Cabral, 2021, pp. 56-7).

Em 1987 foi criado o primeiro projeto de acolhimento às urgências subjetivas no Hospital Evita de Lanús, sob coordenação de Ricardo Seldes e com a participação de outros quinze psicanalistas. A proposta era que o sujeito pudesse contar com o tempo de atendimento necessário para que uma elaboração simbólica fosse esboçada em torno do fora de sentido instaurado com a irrupção da urgência (Seldes, 2019; Sotelo, 2015). Para tanto, um sujeito podia ser atendido uma, duas ou cinco vezes em um dia, por exemplo, e ser convidado a retornar no dia seguinte, até que a angústia encontrasse um contorno possível. Decorrente desta experiência, em 2005 foi construído o PAUSA – Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidad, em que se coadunam assistência, docência e investigação (Seldes, 2019). A equipe do PAUSA é composta por psicanalistas e psiquiatras que atendem crianças,

---

<sup>14</sup> No original: “Definimos como consulta de urgencia a la que se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimento requiere atención inmediata. Se llama ‘urgencia subjetiva’ a la que aparece em aquellos casos en que la misma compromete al sujeto quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional acerca de la gravedad del caso” (Sotelo, 2015, p. 65).

<sup>15</sup> No original: “En el caso de las situaciones de urgencia subjetiva, entendemos que se tratan de movimientos de subjetivación, que requieren un trabajo de elaboración ante la sorpresa de lo ocurrido, aquello que irrumpió en su vida y dejó petrificado al sujeto en un instante de ver. La invitación será a construir un relato, a hilar los acontecimientos de la vida con la irrupción de la misma, possibilitando comenzar a armar una trama, ligando S1-S2 y de este modo, empezar a apropiarse de esta urgencia” (Cabral, 2021, pp. 56-7).

adolescentes e adultos, e segue em funcionamento até os dias de hoje<sup>16</sup>, com recorrentes seminários e jornadas que visam compartilhar as construções teóricas tecidas pela equipe e relançar novas questões sobre o tema.

Outro expoente projeto foi criado em 2008 pela psicanalista e professora Inés Sotelo, intitulado UBACyT. Ao longo destes 14 anos, o projeto desdobrou-se em quatro momentos e objetivos, com resultados que abrangem diferentes ângulos da clínica das urgências:

a) 2008-2010: objetivou analisar os dispositivos para acolhimento das urgências em quatro hospitais públicos da América Latina<sup>17</sup>. Os resultados apontaram que a maioria dos sujeitos em situação de urgência chegava ao serviço a partir do encaminhamento de alguma instituição ou em companhia da família (Sotelo et al, 2011). Porém, a partir da oferta de escuta do próprio sujeito foi possível localizar que em uma ou mais entrevistas era possível construir um contorno para a angústia, que o permitia seguir na vida ou formular uma demanda de tratamento analítico (Sotelo, 2015).

b) 2010-2012: objetivou analisar a eficácia dos tratamentos conduzidos a partir de uma perspectiva psicanalítica nos plantões do Hospital de San Isidro, a partir de duas avaliações sobre o tratamento realizado, após sua finalização: uma pelo sujeito atendido, e outra pelo profissional que acompanhou o caso. Neste estudo, os resultados apontaram que, enquanto os profissionais consideravam alguns casos como abandono do tratamento por parte dos sujeitos, estes, por sua vez, disseram estar satisfeitos com as poucas entrevistas, de modo a evidenciar que para avaliar a eficácia de uma intervenção é preciso partir da experiência do próprio sujeito (Sotelo, 2015; Sotelo et al., 2013);

c) 2012-2014: objetivou identificar, a partir de entrevistas semi-estruturadas, os aspectos que favorecem ou obstaculizam o tratamento das urgências, sob a ótica dos profissionais que trabalham em hospitais públicos de Buenos Aires. Os resultados dessa pesquisa apresentaram a ausência de comunicação entre os hospitais e os serviços de saúde mental como um dos problemas centrais (Sotelo, 2015);

d) 2014-2021: objetivou caracterizar os modos de intervenção e os encaminhamentos produzidos, através de um estudo exploratório e descritivo. Os resultados indicaram diferentes níveis de elaboração psíquica no acolhimento à urgência, desde a possibilidade de construir um relato sobre o que sucedeu, de localizar o que teve valor de acontecimento traumático ou de

---

<sup>16</sup> Para mais informações, conferir o site do projeto: <http://www.pausaurgencias.com.ar/>.

<sup>17</sup> Hospital Central de San Isidro, Hospital San Bernardo de Salta, Hospital Maciel de Montevideo e Hospital das Clínicas de Minas Gerais - Belo Horizonte.

construir hipóteses que se enlaçam a uma implicação subjetiva (Fazio & Sotelo, 2018; Miari, 2021; Rodríguez, Tustanoski, Mazzia & Moavro, 2018; Sotelo & Fazio, 2019).

Dessa maneira, o projeto UBACyt tem construído um esforço para trabalhar questões que permitam explorar a complexidade da atenção à urgência nos hospitais públicos. Este percurso resultou na proposta DATUS – Dispositivo Analítico para o Tratamento de Urgências Subjetivas, coordenado por Sotelo (2015), que funciona de maneira integrada às equipes multiprofissionais que trabalham em cada serviço, com espaços de intercâmbio entre as diferentes instituições, com o objetivo de trabalhar o processo de subjetivação da urgência.

O arcabouço conceitual psicanalítico que fundamenta esses estudos e projetos considera a urgência como uma ruptura que afasta o sujeito, em angústia, da possibilidade de significação (Sotelo, 2015). Nas palavras de Seldes (2019), a urgência ocasiona uma clausura do pensar e um efeito de mortificação, em virtude de ser uma ruptura aguda da cadeia significante. Assim, uma urgência pode romper o fio que conectava o sujeito à vida, aos laços sociais e ao próprio corpo (Sotelo, 2015). Na mesma direção, Seldes (2019) destaca que uma urgência pode ser definida como um dos acontecimentos psíquicos que tocam o real e, com isso, “há uma verdade que se mostra impotente para definir o estado pelo qual alguém está transitando<sup>18</sup>” (Seldes, 2019, p. 20).

Uma das apresentações do real pode ser encontrada quando as palavras vacilam e há um impedimento de construção de uma narrativa diante das violências, como destacado em estudos recentes (Fazio & Sotelo, 2018; Ferreyra, 2019; Sotelo & Fazio, 2019). Nos últimos anos, há uma considerável presença da violência nos casos atendidos nos plantões destinados ao acolhimento das urgências. Em uma pesquisa com método misto, Fazio e Sotelo (2018) afirmam que de um total de 253 casos atendidos em oito hospitais públicos de Buenos Aires ao longo de três meses, 37% estavam relacionados a situações de violência e, deste total, 76% se tratava de violência familiar. A partir desta mesma amostra, o estudo realizado por Sotelo e Fazio (2019) aponta que nos casos de violência familiar, os sujeitos atendidos tinham mais dificuldade de narrativizar e localizar acontecimentos ligados à irrupção da urgência.

Um outro estudo qualitativo, de abordagem exploratória e descritiva, objetivou conhecer as situações de urgência com maior recorrência na cidade de Formosa, província da Argentina, a partir de entrevistas semi-estruturadas com psicólogos da cidade (Ferreyra, 2019). A partir

---

<sup>18</sup> No original: “Hay una verdad que se muestra impotente para definir el estado por el que alguien está transitando” (Seldes, 2019, p. 20).

desses dados, os casos de urgência relacionados à violência<sup>19</sup> foram a terceira maior recorrência na experiência dos entrevistados, principalmente violência sexual, contra a mulher e violência infantil. A violência objetaliza o outro, o destitui de uma condição subjetiva e pode produzir uma ruptura do laço social, o que potencializa um esgarçamento dos recursos psíquicos. Nestes casos, Sotelo e Fazio (2019) sublinham que a função de destinatário do analista e o manejo do tempo lógico torna-se ainda mais relevante para recriar o laço com a alteridade e produzir uma elaboração simbólica ao que irrompe como fora de sentido. Assim, o trabalho com a urgência possibilita ao sujeito construir um novo enlace subjetivo, uma vez que após um corte na vida de um sujeito é impossível voltar a um estado anterior (Sotelo, 2015).

Ao considerar essa passagem da ruptura a um novo enlace, um estudo recente investigou os alcances e limites dos modos de intervenção na clínica da urgência, em articulação aos conceitos de elaboração psíquica e interpretação. Rodríguez et al. (2018) partem da hipótese de que a abertura a uma elaboração psíquica possibilita uma saída da urgência e que se trata de um trabalho que não pode ser sustentado como algo individual, mas como efeito de um encontro que é marcado pela associação livre do sujeito e pela interpretação do analista, possibilitada pela transferência.

Nessa perspectiva, “as consultas de plantão são o momento propício para que aquilo que se apresentava como incógnita adquira um sentido, e daquilo que tinha sentido advenha pergunta<sup>20</sup>” (Rodríguez et al., 2018, p. 54). A intervenção do analista pode produzir, por um lado, um efeito de sentido que contorna a angústia e, por outro, um efeito de furo, para que possa advir, por parte do sujeito, um uso poético da linguagem que rompe seu uso comum.

Uma vez que a angústia pode não apenas paralisar o sujeito, mas convocá-lo a novos arranjos subjetivos, a psicanálise propõe, para além de um trabalho de elaboração, incluir uma decisão do sujeito diante do encontro com o furo que se abriu no campo do sentido:

[...] na borda do furo que o trauma produz, não se trata apenas de incitar decididamente a elaboração, a reconstrução do Outro que se perdeu, e que há que obter para produzir a invenção de um caminho novo. Trata-se também de situar o tempo da decisão que o sujeito terá que tomar, que tem a oportunidade de tomar, na borda desse abismo<sup>21</sup> (Rodríguez et al., 2018, p. 57).

---

<sup>19</sup> Para um aprofundamento no debate sobre a atuação psicanalítica em situações de desamparo social e discursivo, cf. Rosa (2018).

<sup>20</sup> No original: “Las consultas de guardia son el momento propicio para que aquello que se presentaba como incógnita, adquira un sentido, y que aquello que tenía sentido devenga pregunta” (Rodríguez et al., 2018, p. 54).

<sup>21</sup> No original: “[...] al borde del agujero que el trauma produce, no se trata solo de alentar decididamente la elaboración, la reconstrucción del Otro que se ha perdido, y que hay que obtener para producir la invención de un

Para os autores supracitados, este duplo movimento de subjetivação da urgência, de elaboração e novos enlances produz efeitos de amenização da angústia e, em alguns casos, uma mudança de posição do sujeito em relação ao sofrimento.

Em relação às produções analisadas, é possível destacar que os dispositivos psicanalíticos de acolhimento às urgências subjetivas na Argentina são marcadamente situados nos contextos hospitalares e ambulatoriais (Ferreira, 2019; Rodríguez et al., 2018; Sotelo, 2015; Sotelo & Fazio, 2019; Sotelo, Fazio & Miari, 2014). Há uma extensa produção teórica e científica de autores clássicos na temática, que vivenciam o cotidiano desta clínica desde os anos 1980 e inauguraram um fértil campo teórico e metodológico que reverbera até os dias atuais. Por outro lado, trata-se de uma prática majoritariamente centrada entre psicanalistas, psicólogos e psiquiatras, com poucas articulações em torno do trabalho em equipe multiprofissional nos serviços públicos de saúde, por exemplo, o que delineia possibilidades de novos estudos e intervenções, como propõe Sotelo (2015) com a proposta DATUS.

Após apresentar um breve panorama das produções argentinas em torno do tema, passaremos a uma sumarização dos trabalhos realizados no Brasil.

### **2.1.2 Perspectivas brasileiras**

O contexto de práticas clínicas e estudos no campo das urgências subjetivas no Brasil envolve algumas distinções com relação à produção argentina. Neste tópico, propomos caracterizar algumas destas especificidades, a fim de entrelaçar fios que permitem compor certo tecido do tema a partir da literatura revisada. No Brasil, a clínica das urgências numa perspectiva psicanalítica tem sido objeto de estudo em diferentes campos, como a Saúde, a Educação e o Jurídico. Essa produção pode ser caracterizada por uma multiplicidade que, de um lado aponta para algo esparso, espalhado em diferentes direções, por outro demarca campos em expansão.

Os primeiros escritos psicanalíticos brasileiros sobre a clínica das urgências partiram da experiência de Marisa Decat de Moura no contexto hospitalar, quando se interrogava sobre a possibilidade de produzir efeitos de ordem analítica em condições não analíticas, como elabora no livro *Psicanálise e Hospital*, publicado originalmente em 1996 (Batista & Rocha, 2013). Desde então, outras pesquisas vêm abordando o tema nesse âmbito, com acentuado destaque

---

caminho nuevo. Se trata también de situar el tiempo de la decisión que el sujeto habrá de tomar, que tiene la oportunidad de tomar, al borde de ese abismo” (Rodríguez et al., 2018, p. 57).

para questões advindas de casos clínicos e que envolvem nuances relativas ao trabalho do psicanalista inserido em equipe multiprofissional (Almeida & Aires, 2023; Andrade, 2019; Azevedo, 2018; Barboza, Avelar, Torres & Nascimento, 2019; Batista & Rocha, 2013; Calazans & Azevedo, 2016; Cordeiro & Miranda, 2020; Costa & Costa-Rosa, 2018; Costa, Costa-Rosa & Amaral, 2016; Moreira & Santos, 2019; Petrilli, 2015). A noção de urgência que fundamenta esses trabalhos indica que a fragilidade do corpo provoca uma vivência de desamparo e, por vezes, uma suspensão temporal e a quebra da articulação discursiva, quando o sujeito se vê impedido de nomear aquilo que experimenta (Andrade, 2019; Barboza et al., 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Moreira & Santos, 2019).

Nas situações de urgência no contexto hospitalar há muito mais do que uma pressa do sujeito por um alívio da dor, há também a pressa por um saber que desloque o sujeito da posição de objeto, como salienta Costa e Costa-Rosa (2018): “o deslocamento que manejamos pretende substituir o olhar, alienado nos códigos emitidos pela doença, por uma escuta do sujeito do inconsciente, separada do lugar que toma o outro por objeto” (p. 47). Estes autores sublinham que os acontecimentos que levaram o sujeito à unidade hospitalar atualizam outras perdas experimentadas ao longo da vida e sumarizam alguns elementos presentes na concepção de urgência no âmbito hospitalar, quais sejam: uma rapidez na resposta à crise, a imprevisibilidade dos acontecimentos, o desvelamento da finitude e limite da vida e uma ruptura com a linearidade temporal.

Para Cordeiro e Miranda (2020), a experiência do trabalho com a clínica psicanalítica no hospital “permite observar que a realidade do adoecimento do corpo pode ser uma via de acesso para se perceber, a partir dele, a existência de uma realidade psíquica que se movimenta para suportar o possível aniquilamento do corpo” (p. 135). Porém, diante do encontro com o real, capaz de inaugurar uma urgência, o sujeito pode encontrar-se escamoteado em um contexto que tende a eclipsar o que tem valor de contingência. Ao abordar a prática numa unidade de Emergência Obstétrica de Alto Risco, a partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, Barboza et al (2019) afirmam que neste contexto há uma tentativa de elidir a angústia. Na contramão desta lógica, a aposta da psicanálise é que um giro discursivo aconteça e que, da urgência, seja extraída algo que aponte para o singular: “em cada urgência terá de ressoar, consoar, dis-oar, *dit-soar*. Fazer passar o singular de cada urgência ao plano da fala é uma orientação para o que terá de fazer operar o analista ao acolher alguém que está urgido por um dizer” (Berta, 2015, p. 100).

Nesse sentido, Moreira e Santos (2019) destacam que a passagem da urgência para uma subjetivação pode se dar a partir do desejo do analista, que sustenta uma função de provocar,

no sujeito, um desejo de saber, ao possibilitar um trabalho psíquico de elaboração em um contexto em que a singularidade tende a sofrer uma tentativa de exclusão:

Para isso, é preciso identificar o impasse subjetivo, a divisão do sujeito e as manifestações inconscientes num ambiente criado para ser estéril a qualquer manifestação subjetiva. Ou seja, identificar na escuta o que foge à lógica, à comunicação, à linguagem compartilhada, tal como os lapsos, os trocadilhos e os atos falhos (Moreira & Santos, 2019, p. 138).

Em um estudo recente, realizado a partir da construção de um caso clínico atendido durante a experiência numa residência multiprofissional em saúde em contexto hospitalar, Almeida e Aires (2023) destacam os efeitos do campo da alteridade na subjetivação de uma urgência, permitindo ao sujeito 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).

Os estudos sobre a urgência subjetiva no campo da saúde no Brasil ultrapassam o âmbito hospitalar, embora ainda não seja uma tradição de pesquisa que abarque a vastidão e a complexidade presentes no cotidiano das práticas. Há pesquisas realizadas no contexto da Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012; Rodrigues & Muñoz, 2020), da UPA – Unidade de Pronto Atendimento (Costa & Costa-Rosa, 2021) e dos projetos criados durante a pandemia de COVID-19 para o acolhimento a profissionais de saúde que trabalhavam na linha de frente (Abreu et al., 2020; Dias, Santos, Moreira & Riccieri, 2020; Dourado et al., 2021; Santos, Almendra & Ribeiro, 2020).

A pesquisa realizada por Rodrigues, Dassoler e Cherer (2012) objetivou investigar as possibilidades da clínica da urgência no tratamento das toxicomanias em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD). Os resultados indicam que, nestes casos, há uma suspensão provisória do tempo e uma desarticulação do sujeito face ao coletivo, o que pode provocar angústia. Para estes autores, “a urgência tornar-se-á subjetiva quando, pela intervenção de um analista, aquilo que se apresenta como desmedido tenha a possibilidade de ser transformado em sintoma” (Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012, p. 74). Nesse sentido, demarcamos essa passagem da angústia ao sintoma como uma possível via para extrair da urgência seu traço singular, a partir de uma aposta no sujeito, que havia ficado elidido.

A partir da experiência clínica em um ambulatório de saúde mental, Rodrigues e Muñoz (2020) destacam que, com frequência, chegam sujeitos que passam ao ato quando não

encontram outra via para contornar a angústia. Estas autoras sublinham que a angústia é “um mal-estar que destrói a possibilidade de crer em um futuro” (p. 95), o que provoca uma ruptura temporal e deixa o sujeito à mercê de um sofrimento insuportável: sem a possibilidade de vislumbrar um futuro possível, o sujeito fica capturado na certeza da angústia e na urgência em sair dela. Nesse contexto, o ato surge quando os recursos discursivos se mostram ausentes para possibilitar uma elaboração simbólica frente ao mal-estar, de maneira a pressionar o sujeito a uma saída mais radical, como as tentativas de suicídio. A condição para que uma urgência se torne subjetiva é, portanto, que possa haver um endereçamento para que seja possível localizar alguns significantes que marcaram a história do sujeito e construir uma delimitação da angústia: “as intervenções realizadas [...] se dão na direção de fazer com que estes sujeitos possam historicizar a angústia aguda da qual padecem, colocando palavras no curto-circuito que vai da angústia diretamente ao ato” (Rodrigues & Muñoz, 2020, p. 96).

Costa e Costa-Rosa (2021), a partir da experiência numa UPA, destacam que o apoio da equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares, recepcionistas e médicos, permitiu que o trabalho fosse realizado de forma mais articulada, o que demarca que o “manejo da transferência [...] também se estende à equipe, visando a uma prática entre vários, entendendo quão válido é um tratamento psíquico ofertado aos sujeitos do sofrimento sem estar dissociado e alheio à participação dos demais trabalhadores inseridos no estabelecimento” (p. 4). Esta experiência traz uma discussão sobre importantes aspectos da clínica da urgência no Brasil: I – os efeitos de transmissão de uma lógica singular do caso para a equipe multiprofissional, a partir de situações clínicas que traziam algum impasse e em que foi possível testemunhar algo da emergência do inconsciente; II – a articulação entre a clínica da urgência e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que preza por um trabalho intersetorial e em rede, partilhado entre os campos da Saúde, Assistência Social, Educação e outros serviços necessários para pensar a condução dos casos.

No tocante aos projetos construídos para o acolhimento dos trabalhadores da saúde que atuavam na linha de frente da pandemia COVID-19 no Brasil, podemos sistematizar os registros realizados por Abreu et al. (2020); Dias et al. (2020); Santos, Almendra e Ribeiro (2020); Dourado et al. (2021). Os atendimentos eram realizados online, com início em um momento em que ainda não havia vacinas e os sujeitos eram convocados a contínuos trabalhos de luto, sem intervalo de elaboração, além da ameaça de morte vivenciada diretamente pelos próprios profissionais. Algumas destas experiências foram orientadas por uma concepção de clínica da urgência como um dispositivo que consistia em acolher o sujeito e extrair, através da fala, o que permaneceu em estado de embaraço, o que foi transformado em ato pela supressão da palavra

(Abreu et al., 2020; Santos, Almendra & Ribeiro, 2020). A concepção de urgência era considerada por Dourado et al (2021) como “um momento de queda do sujeito, que resulta numa objetualização e decaimento da função significante” (p.39).

A literatura brasileira dos últimos anos apresenta novos campos de trabalho com as urgências, como as Universidades (Malajovich, Vilanova, Frederico, Cavalcanti & Velasco, 2017; Malajovich, Vilanova, Tenenbaum & Velasco, 2019; Mendes, 2022) e o Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, ligado à Defensoria Pública do Ceará (Lopes et al., 2022). As pesquisas que tiveram a Universidade como contexto de prática utilizaram métodos teórico-clínicos e testemunharam a importância da constituição de um lugar de referência para os estudantes, com o qual se pode contar quando os recursos psíquicos falham ou se esgotam, cuja ênfase envolve a restituição da alteridade e de sua função (Malajovich et al., 2017; Malajovich et al., 2019).

O artigo de Malajovich et al. (2017) apresenta uma ampliação da clínica não apenas no que se refere ao público atendido, mas também ao modo de organização do trabalho. Nesse sentido, foi possível oferecer espaços de elaboração a partir de encontros individuais e/ou coletivos, como “um exercício de reflexão promovido em diferentes níveis de problematização da queixa, a fim de promover diversos planos de resposta, o mais participativo possível do lado daquele que chega em busca de ajuda” (Malajovich et al., 2017, p. 361). Para Malajovich et al. (2019), a intervenção de uma escuta pode funcionar como um operador temporal, produzindo uma escansão entre presente e urgente, o que possibilita a criação de um futuro que retira o sujeito do curto-circuito temporal.

Por sua vez, a pesquisa de Mendes (2022) apresenta o trabalho clínico de orientação psicanalítica com urgências subjetivas de jovens universitários, resultante do intercâmbio de experiências entre dois serviços de atendimento à saúde mental de estudantes: a Assistência Psicopedagógica (APP) aos alunos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) e o Bureau D'Aide Psychologique Universitaire (BAPU-Rennes). Os resultados apontaram para uma necessidade de aprofundamento das questões referentes à urgência subjetiva na experiência do jovem em seu encontro com a Universidade, uma vez que a demanda mais frequente partiu de estudantes com idade entre 18 e 23 anos, que, em angústia, por vezes tentaram suicídio em momentos que se viam convocados a fazer uma escolha em nome próprio.

O segundo novo contexto presente na literatura acerca das urgências subjetivas no Brasil está situado no trabalho de Lopes et al. (2022), a partir do Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, ligado à Defensoria Pública do Ceará. Esta pesquisa teve como objetivo

analisar o aparato da escuta clínico-institucional em urgência subjetiva nas políticas públicas a partir de atendimentos psicanalíticos de mulheres em situação de violência doméstica em tempos de COVID-19 e utilizou o método de pesquisa-intervenção e estudo de caso clínico. Nesse projeto, foram realizados, em cada caso, atendimentos remotos semanais, durante quatro a seis semanas, de modo a possibilitar “um deslocamento subjetivo, considerando o sofrimento a partir de uma perspectiva singular que leve em conta a trajetória de vida de cada mulher” (Lopes, et al., 2022, p. 68). A noção de urgência que fundamenta esta pesquisa se aproxima do conceito de crise:

A crise é o mais próximo do que poderíamos identificar como urgência. A crise pode ser compreendida como um estado de perturbação que ocorre quando o sujeito é exposto a um insuperável problema para seus modos habituais de solução. A situação de crise pode decorrer de uma perda, de um evento ou de algo que caracterize uma ruptura, o que exige do sujeito uma inédita tomada de posição na vida. Trata-se da invasão de uma experiência de paralisação da continuidade do processo da vida, deixando-o em momentos de inércia (Lopes, et al., 2022, p. 70).

Como traço que articula tais estudos, podemos extrair uma implicação dos psicanalistas diante do que surge como impasses nos diferentes contextos. Com a complexidade de tais impasses, que produzem efeitos na experiência de cada sujeito, a literatura demonstra que é possível lançar mão de diferentes serviços, saberes e métodos de trabalho para engendrar saídas para o mal-estar (Abreu et al., 2020; Costa & Costa-Rosa, 2021; Dourado et al., 2021; Lopes et al., 2022; Malajovich et al., 2017; Santos, Almendra & Ribeiro, 2020).

No que diz respeito ao contexto da saúde, podemos salientar que a inserção dos praticantes da psicanálise no trabalho entre vários, através das equipes multiprofissionais, tem produzido efeitos de transmissão que permitem considerar a questão da singularidade na construção do cuidado, o que presentifica uma importante contribuição da psicanálise em sua interlocução com outros saberes (Barboza et al., 2019; Cordeiro & Miranda, 2020; Costa & Costa-Rosa, 2021).

Embora o campo da saúde seja o que concentra a maioria dos estudos sobre as urgências em psicanálise, salientamos que uma articulação aos serviços e políticas de saúde mental no país ainda é pouco explorada, considerando sua vastidão, história e demandas presentes no cotidiano das práticas. Por outro lado, a investigação em torno das urgências subjetivas tem se expandido na atenção terciária à saúde, especialmente no âmbito hospitalar (Almeida & Aires, 2023; Andrade, 2019; Azevedo, 2018; Barboza et al., 2019; Batista & Rocha, 2013; Calazans

& Azevedo, 2016; Cordeiro & Miranda, 2020; Costa & Costa-Rosa, 2018; Costa, Costa-Rosa & Amaral, 2016; Moreira & Santos, 2019; Petrilli, 2015).

Dessa forma, após ter traçado um breve mapeamento de como a clínica das urgências tem sido trabalhada no Brasil, passamos ao tópico que abordará as articulações entre os operadores teórico-clínicos que apareceram com frequência na literatura revisada, a saber: angústia e trauma.

## **2.2 Angústia e trauma na clínica da urgência**

Nos tópicos anteriores, vimos que a urgência em psicanálise é concebida principalmente a partir de seu caráter de ruptura aguda da cadeia significativa que produz efeitos de corte na relação do sujeito com os laços sociais, com o tempo, com o espaço e com o próprio corpo (Cabral, 2021; Lopes et al., 2022; Rodríguez et al., 2018; Seldes, 2019; Sotelo, 2015). Além dos estudos articulados a contextos de práticas clínicas, a literatura revisada apresenta também pesquisas teóricas que interrogam e constroem os fundamentos para uma clínica da urgência em psicanálise (Barros & Moschen, 2014; Berta, 2015; Calazans & Marçal, 2011; Rodrigues, 2021).

Com esse caráter de ruptura aguda, os estudos sobre o tema da urgência em psicanálise articulam-se aos conceitos psicanalíticos de angústia e trauma, conforme sublinhado por Berta (2015). Para esta autora, “a angústia é correlativa do momento em que o sujeito se vê questionado em sua existência, sem poder se reconhecer no passado nem imaginar o que será no futuro” (p. 97). Por sua vez, o trauma é concebido como algo inassimilável que provoca uma suspensão subjetiva e pode advir a partir de um detalhe – um ruído, um barulho – ou um estrondo (Berta, 2015). Com isso, um trauma nem sempre decorre de um fato objetivamente grave, mas de algo que tem o caráter radical de escapar à simbolização e afetar o sujeito, de modo imprevisível e singular. Assim, a urgência ocorre quando o sujeito não pode contar com os recursos psíquicos que o ancoravam na vida para fazer frente à angústia e ao trauma, de modo a impeli-lo a saídas abruptas.

A literatura revisada corrobora os resultados encontrados por Berta (2015) acerca de uma constante presença dos operadores teórico-clínicos de angústia e trauma para abordar a clínica das urgências em psicanálise (Abreu et al, 2020; Azevedo, 2018; Barboza et al., 2019; Barros & Moschen, 2014; Calazans & Azevedo, 2016; Calazans & Marçal, 2011; Costa & Costa-Rosa, 2018; Malajovich et al., 2017; Marcos & D’Alessandro, 2012; Petrilli, 2015;

Rodrigues, 2021; Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012; Rodrigues et al., 2012; Rodrigues & Muñoz, 2020).

A angústia pode ser considerada um afeto que presentifica um estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito, de maneira que a urgência é uma experiência de angústia excessiva que pode impeli-lo a passagens ao ato (Calazans & Marçal, 2011; Rodrigues et al., 2012). Trata-se de um afeto à deriva, distante das palavras, que envolve uma dificuldade extrema de elaboração simbólica. Este afeto pode ser suscitado quando algo familiar, que restava esquecido, vem à tona e inquieta o psiquismo (Abreu et al., 2020). Além disso, a angústia produz uma desconexão para o sujeito, que:

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

Ao interrogar-se sobre a ética da psicanálise na clínica da urgência, Barros e Moschen (2014) diferenciam o afeto da angústia – que possui um caráter de certeza e de ser uma pura intensidade afetiva radicalmente separada do significante –, dos sentimentos como o amor, o medo e o ódio, que se articulam ao significante e, dessa forma, servem ao engano. Assim, quando um sujeito está em angústia há algo de uma verdade singular em jogo. Esta concepção resgata a função de dobradiça da angústia, uma vez que, embora possa provocar horror, é também um motor da análise, o que aponta para o desejo.

Diante disso, estas autoras fazem uma torção na concepção de urgência e assinalam que “a urgência mais radical poderia ser aquela quando não há mais sinais da presença da angústia. Nesse caso, o homem desafetado estaria ainda mais sozinho com seu mal-estar, sem sequer poder comunicá-lo” (Barros & Moschen, 2014, p. 161). Essa função de dobradiça entre o horror e o desejo permite-nos situar a angústia como uma bússola na clínica. Nessa perspectiva, numa situação de urgência não se trata de suprimir a angústia, mas de traçar contornos possíveis que permitam ao sujeito um novo uso da contingência.

Rodrigues e Muñoz (2020) afirmam que, em muitos casos, o principal recurso para lidar com a angústia é o ato, em detrimento da fala e da elaboração psíquica. Estes autores destacam que “com frequência, a angústia aparece por meio de fenômenos corporais, como taquicardia, falta de ar, desmaios etc. Outras vezes, mais silenciosa, como um desconforto difícil de explicar” (p. 91). Diante disso, afirmam que a angústia questiona o próprio campo da psicanálise, pois como trabalhar com este afeto que nenhuma palavra parece dar conta? Esta

questão circunscreve um ponto inassimilável ao simbólico, que na clínica aparece sob o nome de trauma (Rodrigues & Muñoz, 2020). Sobre o trauma, levamos em consideração que:

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

O traumático é, portanto, um excesso que inunda o sujeito, escapa à programação e à possibilidade de simbolização, além de produzir marcas indelévels na experiência subjetiva. Para Costa e Costa-Rosa (2021):

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

Tais situações demarcam uma imprevisibilidade que, por conseguinte, desorganiza o sujeito, que já não pode recorrer às ancoragens que o sustentavam na vida. Desde uma perspectiva psicanalítica, uma urgência se produz quando uma amarração entre os três registros psíquicos se desfaz e o sujeito fica sem anteparos para bordejar<sup>22</sup> o real, que emerge de forma avassaladora, por exemplo, através do trauma (Rodrigues, 2021). Vale destacar, contudo, uma distinção entre trauma e urgência. Se, por um lado, o trauma *paralisa* o psiquismo com um excesso inassimilável (Berta, 2015), por outro, a urgência *precipita* um curto-circuito temporal. Há, portanto, uma especificidade da urgência com relação ao tempo e à possibilidade de inscrição de um acontecimento como via para a subjetivação.

Assim, no encontro com o traumático, que pode precipitar uma situação de urgência, não basta apenas construir uma trama de sentido, mas é preciso também reinventar um Outro para que o sujeito possa localizar-se (Batista & Rocha, 2013; Malajovich et al., 2017; Petrilli, 2015; Seldes, 2019). A urgência é um desses momentos em que o sujeito não encontra um lugar no Outro (Andrade, 2019; Azevedo, 2018; Calazans & Azevedo, 2016; Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012). Em contrapartida, o processo de subjetivação da urgência possibilita ao sujeito sair de uma experiência insuportável que marca o encontro com o irrepresentável, por contar com uma via de endereçamento. Por esta perspectiva, Berta (2015) sublinha que por meio da

---

<sup>22</sup> Além de significar a construção de contornos, bordejar também transmite um sentido náutico, de “navegar mudando com frequência o rumo, segundo a direção do vento” (Dicio, 2022). Saliento essa acepção por aproximar-se da discussão sobre saídas singulares para o encontro com o imprevisível.

angústia é possível fazer surgir a questão do sujeito, conferindo à urgência sua dignidade, numa operação de cernir seu traço singular: “em cada urgência subjetiva há *uma urgência* [grifo da autora] que obriga eticamente a cernir seu traço singular. Há de se fazer surgir a questão do sujeito ali onde ele se localiza por meio do afeto de angústia” (p. 100).

Sendo assim, após ter abordado as concepções de angústia e trauma adotadas na literatura revisada e suas respectivas articulações à urgência em psicanálise, passamos em seguida para a discussão sobre a noção de clínica da urgência como um dispositivo, que torna possível uma subjetivação. Neste dispositivo, há uma “preocupação voltada para o que não se pode esperar, isto é, a busca por uma rápida resposta ao que foi tido como traumático” (Costa & Costa-Rosa, 2021, p. 48).

### 2.3 A clínica da urgência como um dispositivo

A concepção de clínica da urgência como um dispositivo é um fio que une as produções argentinas e brasileiras, com uma demarcada presença na literatura (Abreu et al., 2020; Calazans & Bastos, 2008; Calazans & Marçal, 2011; Cordeiro & Miranda, 2020; Costa & Costa-Rosa, 2018; Costa & Costa-Rosa, 2021; Fazio & Sotelo, 2018; Lopes et al., 2022; Malajovich et al., 2017; Mendes, 2022; Santos, Almendra & Ribeiro, 2020; Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012; Rodríguez et al., 2018; Seldes, 2019; Sotelo, 2015; Sotelo, Fazio & Miari, 2014).

Sotelo (2015) resgata a origem do termo dispositivo, que provém do latim *dispositus* e remete a disposto. Nesse sentido, um dispositivo é “um artifício construído para conseguir um objetivo determinado através de ações das quais se espera obter um resultado calculável, previsível<sup>23</sup>” (Sotelo, 2015, p. 165). Na psicanálise, temos um uso referente ao dispositivo analítico, fundado nos pilares da associação livre e da transferência. Ao propor um dispositivo para a clínica da urgência, a autora argumenta que, embora não seja um dispositivo analítico clássico, está fundamentado na teoria e na ética psicanalítica, que propicia um efeito de subjetivação para quem encontra-se urgido por um efeito traumático (Sotelo, 2015).

Rodrigues (2021) afirma que há “uma clínica do sujeito e a clínica da urgência como uma especificidade para pensar o insuportável, sem reconhecê-la como uma especialidade à parte da psicanálise, ou seja, a clínica da urgência é uma clínica do sujeito atravessada pela

---

<sup>23</sup> No original: “Un artifício construído para lograr un objetivo determinado a través de acciones de las que se espera obtener un resultado calculable, previsible” (Sotelo, 2015, p. 165).

urgência subjetiva” (p. 96). Este autor defende que a construção de um conceito também determina uma prática. Assim, o modo pelo qual uma situação de urgência é compreendida a partir de um arcabouço teórico implica em diferentes manejos clínicos.

Para que uma urgência advenha como subjetiva é preciso uma intervenção do analista, para extrair o traço singular da angústia: “sempre nos localizamos na dimensão de produzir o sujeito. Falar das urgências como subjetivas não é algo evidente, mas implica a intervenção do analista [...] e de sua escuta ao extrair algo do dizer nos ditos<sup>24</sup>” (Seldes, 2019, p. 41). Uma subjetivação se produz no dispositivo de tratamento do caso, pois se não há um analista que possa ocupar uma posição de destinatário para o sujeito em urgência, os significantes que possam emergir, os lapsos, os atos falhos ou algo que testemunhe uma abertura do inconsciente, podem cair como puro resto, sem função. Sustentar um dispositivo da subjetivação da urgência é apostar que as palavras tenham algum efeito no real (Seldes, 2019).

Calazans e Bastos (2008) afirmam que, quando algo é urgente, significa que não podemos deixar para depois. Trata-se de algo inadiável e, por não existir uma resposta determinada para dissolvê-la, é inaugurada uma dimensão de invenção. O trabalho deste dispositivo é, portanto, possibilitar uma saída para a angústia a partir do lugar de sujeito (Calazans & Bastos, 2011; Cordeiro & Miranda, 2020). Nesse processo, podemos extrair uma passagem da perplexidade da angústia para um enigma, que propicia uma elaboração simbólica, capaz de fazer emergir o sujeito, de maneira a tornar legível algo do inefável:

Sabendo que seu lugar não é o de se ater ao sentido como finalidade, o analista pode ocupar essa posição de quem sustenta a aposta na contingência como possibilidade para que o sujeito não se fixe numa determinada causalidade aparentemente sem saída, para que possa se desprender do traumatismo e construir um saber acerca deste (Batista & Rocha, 2013, p. 36).

Costa e Costa-Rosa (2018) elaboraram alguns pressupostos de ação que orientam a escuta no dispositivo de subjetivação de uma urgência, quais sejam: a linguagem e sua possibilidade de fala, como expressão de uma verdade transmitida pelo sujeito; a ressignificação do acidente; uma passagem do sintoma como resposta para o sintoma como enigma, numa mudança de algo que, a princípio, era estrangeiro para algo que permite ao sujeito colocar em marcha uma elaboração psíquica; e a localização de uma implicação subjetiva, isto

---

<sup>24</sup> No original: “Siempre ubicarnos en la dimensión de producir el sujeto. Hablar de las urgências como subjetivas no va de suyo, sino que implica la intervención del analista [...] y de su escucha al extraer algo del decir en los dichos” (Seldes, 2019, p. 41).

é, “o movimento do sujeito de não se identificar com o objeto caído, à espreita de uma resposta vinda do Outro” (Costa & Costa-Rosa, 2018, p. 54). Assim, há uma passagem do sujeito suposto objeto a uma suposição de saber no sujeito, a partir da qual seja possível sair da certeza da angústia para uma questão sobre si que põe em movimento uma elaboração simbólica.

Para estes autores, “a urgência elevada ao estatuto de subjetiva pelo posicionamento de quem está no lugar de escuta pretende, a partir da oferta de uma experiência analítica, apostar no sujeito, transportando-se à ‘Outra cena’, a do inconsciente” (Costa & Costa-Rosa, 2018, p. 49). Trazem ainda uma nuance fundamental ao aproximar a clínica da urgência da clínica do real, o que permite diferenciar o impossível – que não se diz pela linguagem – do que não pôde ser dito e que retorna em atos, por não ter encontrado uma via de endereçamento e elaboração. Algumas questões imprescindíveis que orientam a subjetivação da urgência podem ser delineadas: em que ponto o sujeito se encontrou com o *páthos*, com isso que o afeta e que fez escapar as palavras? O que o sujeito tem a dizer sobre o instante em que o fio de sua vida foi interrompido?

É preciso lembrar que um trabalho psíquico de elaboração requer uma escansão temporal para que o sujeito possa dar um destino à angústia e ao que teve valor traumático. Dessa maneira, trata-se de um alojamento da urgência, e não de sua eliminação, de modo a considerar que, embora a saída da urgência seja singular, passa pelo Outro em sua função de alteridade (Seldes, 2019; Sotelo, 2015). Em outras palavras, trata-se de alojar o sujeito em urgência, com uma lógica particular em relação ao tempo, para que, na pressa por concluir, o analista intervenha com uma pausa que instaure um tempo para compreender (Fazio & Sotelo, 2018; Seldes, 2019; Sotelo, 2015; Sotelo, Fazio & Miari, 2014).

Diante do exposto e por considerar que a subjetivação da urgência se dá em uma cadência temporal, passaremos ao último tópico da revisão de literatura, que tem como eixo mediador a concepção lacaniana de tempo lógico para articular urgência e sintoma.

## **2.4 Urgência, tempo e sintoma**

Para introduzir este tópico que delimita nosso problema de pesquisa, resgatamos dois fios argumentativos trabalhados anteriormente: I – a possibilidade de subjetivação da urgência a partir de uma escansão temporal (Seldes, 2019; Sotelo, 2015); e II – a passagem do sintoma como resposta para o sintoma como enigma, como um dos pressupostos para uma clínica da urgência como dispositivo (Costa & Costa-Rosa, 2018). No panorama construído ao longo da revisão de literatura, reconhecemos que esta pesquisa inscreve-se como uma contribuição para

a perspectiva de trabalhos que abordam a urgência em um processo de subjetivação, a partir da hipótese de que a subjetivação da urgência no tempo pode levar à construção do sintoma em sua dimensão de enigma.

Vimos que angústia e trauma são conceitos com grande presença na literatura sobre o tema em investigação, que considera a urgência em seu caráter de ruptura e precipitação. Este tópico que articula urgência, tempo e sintoma entrelaça pesquisas que apontam para a direção de novos enlaces subjetivos. Para tanto, considera a angústia como bússola clínica, por apontar para o desejo e funcionar como motor do tratamento (Barros & Moschen, 2014), e o tempo como operador que permite uma passagem da angústia para a construção de novas ancoragens do sujeito na vida.

O trabalho com a urgência inclui o tempo, um tempo de decantação, a partir de uma pausa que propicia uma escansão entre presente e urgente, para que surja uma enunciação do sujeito que contorne o que havia ficado fora do campo da representação (Abreu et al., 2020; Andrade, 2019; Azevedo, 2018; Cordeiro & Miranda, 2020; Malajovich et al., 2019; Mendes, 2022). Trata-se de “acolher a pressa, mas sem se deixar precipitar por ela, instaurando uma prática de testemunho que promove uma abertura subjetiva, transformando a urgência” (Malajovich et al., 2017, p. 362).

Azevedo (2018) realça que a psicanálise também se apoia em uma intervenção imediata na urgência, mas a partir de uma pausa lógica. O tempo lógico é um recurso psicanalítico que possibilita ao paciente responder à angústia a partir de sua condição de sujeito, isto é, passar da urgência a uma subjetivação. Numa concepção lacaniana, o tempo lógico pode ser lido como o tempo do inconsciente, que se desdobra em três modulações: um *instante* de ver, que marca o encontro com a contingência, onde aparece a certeza ligada à angústia; um *tempo* para compreender, que pode ser localizado como um tempo de elaboração articulado ao simbólico, para dar um tratamento ao encontro com o imprevisível; e um *momento* de concluir, que pode indicar uma saída construída pelo sujeito para um impasse (Andrade, 2019; Berta, 2015; Cabral, 2021). Na urgência, portanto, uma modalização do tempo é parte do tratamento, pois a escansão permite uma saída do estado de suspensão, isto é, o sujeito é convocado a dizer algo de si e a construir uma hipótese, ali onde havia sido elidida a condição subjetiva (Azevedo, 2018; Calazans & Azevedo, 2016; Calazans & Marçal, 2011).

Barros e Moschen (2014) sublinham que, em alguns casos, “ao final do percurso do tempo lógico, o desejo está novamente operando enquanto enigma para o sujeito [...] no momento de concluir, sabe-se da falta, sabe-se da divisão do sujeito através da passagem pela experiência” (p. 155). Para as autoras, esta experiência implica uma elaboração simbólica,

articulada ao tempo para compreender. Quando este tempo é elidido, tem-se um curto-circuito, um “erro lógico que determina uma relação entre a exclusão do tempo para compreender e a convocação ao ato, sem a significação que permite uma posição de sujeito como sujeito da enunciação” (Barros & Moschen, 2014, p. 156).

O manejo do tempo na clínica da urgência torna possível reinventar a função da alteridade para cada sujeito. Instaurar uma pausa na pressa pode ser uma operação que se dá a partir de um convite à fala, demarcando que há um tempo para que o sujeito possa endereçar os significantes que contornam o fora de sentido (Calazans & Azevedo, 2016). Nessa direção, a construção do sintoma como um enigma, produzido a partir de uma subjetivação da urgência, traz como hipótese de trabalho a suposição de que o sintoma é uma solução que inclui o Outro (Malajovich et al., 2019).

Resgatando o segundo fio de nosso argumento, assinalamos que o sintoma como resposta é concebido como um esforço do sujeito para contornar o real; isto é, “o sintoma revela o modo próprio, particular, de um sujeito responder ao sofrimento e à angústia” (Malajovich et al., 2017, p. 362). Estes autores compreendem que a urgência se enquadra em um momento que antecede logicamente uma construção sintomática. Se considerarmos a angústia como sinal do real, temos que “o sintoma é uma resposta a determinado desencadeamento da angústia” (Dafuncho, 2013, p. 144).

Todavia, em uma situação de urgência o sintoma aparece, de início, como estrangeiro, de maneira que ainda não há uma implicação do sujeito em sua formação. Apenas com a subjetivação da urgência ele pode ganhar estatuto de enigma, de uma questão que convoca uma elaboração psíquica. Dito de outro modo, essa passagem a um enigma provoca no sujeito uma aposta de que o sintoma tem algo a dizer, ao sair de um anonimato para a elaboração de um saber que pode ser apropriado pelo próprio sujeito, como nos diz Abreu et al. (2020): “um dos atos fundantes da psicanálise, com Freud, [...] é aquele de fazer o sintoma falar, isto é, de dar voz àquilo que, no sujeito, parece lhe ser mais estranho” (p. 85).

Ainda que inicialmente o sintoma ganhe um tom de estrangeiridade, há algo do sujeito que não cessa de se apresentar (Azevedo, 2018) e que demanda um ato de leitura dos significantes que emergem, entre densidade e opacidade, testemunhando um excesso de sentido ou sua radical ausência. Há algo do sintoma como enigma que é construção do sujeito no dispositivo analítico. Nessa direção, consideramos que este dispositivo propicia um alojamento das produções inconscientes que, de outro modo, seriam ignoradas, como acontece de forma rotineira nos hospitais, quando, por exemplo:

Os significantes do sujeito são transformados em signos já preestabelecidos do discurso médico. Assim, a ‘falta de ar’ descrita pelo paciente em um momento de urgência subjetiva é considerada pelo médico como ‘dispneia’. E o que do discurso do paciente não se inscreve no discurso médico é ignorado (Andrade, 2019, p. 3).

Como afirma Miari (2021), partimos da premissa de que os modos de acolhimento da urgência dependerão da concepção de sujeito e de sintoma. Assim, a presença do analista no dispositivo clínica da urgência possibilita que os significantes do sujeito possam emergir como sintoma, em sua dimensão de enigma. Do contrário, esses significantes podem ser transformados em signos de doença ou descartados, sem deles extrair consequências. Nesse sentido, a autora distingue padecimento de sintoma, acentuando que o primeiro se aproxima do sintoma em seu sentido descritivo, que equivale à quebra da homeostase e é o que precipita o sujeito à consulta de urgência. Já o sintoma, numa acepção psicanalítica, “[...] supõe a escuta e intervenção do analista, quer dizer, uma operação sobre dito padecimento; analista advertido já, a partir dos postulados freudianos, da dimensão de satisfação que todo sintoma comporta (assim como da função de solução que lhe é própria)<sup>25</sup>” (Miari, 2021, p. 538).

A clínica da urgência, como dispositivo, pode possibilitar que desse padecimento advenha um sintoma como questão que ponha o sujeito a trabalho, pois as marcas, vestígios do que teve valor traumático, formam um sintoma desde que haja uma operação de leitura por parte do sujeito, uma vez que “o sintoma implica na localização da angústia por meio de uma operação simbólica” (Rodrigues & Muñoz, 2020, p. 96).

A subjetivação da urgência pode permitir que o sintoma passe de algo estrangeiro a uma hipótese do sujeito sobre o porquê isto lhe ocorre, construindo uma narrativa singular. Assim, a aposta da psicanálise diante da urgência é que uma solução sintomática possa advir para fazer frente a este momento insuportável de angústia: “a transformação da angústia em sintoma requer um trabalho suplementar para que esta possa ser tratada e envolve a tarefa de incluir, mesmo que de forma precária e nunca totalmente, o impossível de ser dito” (Malajovich et al., 2017, p. 363).

Esse deslocamento para o sintoma como enigma pode instaurar uma demanda de análise e, como tal, pode funcionar como uma suposição de saber no Outro e uma introdução ao inconsciente (Costa & Costa-Rosa, 2018). Ao considerar a construção do sintoma no dispositivo de subjetivação da urgência, resgatamos a possibilidade de uma localização do

---

<sup>25</sup> No original: “[...] supone la escucha e intervención del analista, es decir, una operación sobre dicho padecimiento; analista advertido ya, a partir de los postulados freudianos, de la dimensión de satisfacción que todo sintoma comporta (así como de la función de solución que le es propia)” (Miari, 2021, p. 538).

sujeito em sua questão, ao “evocar a possibilidade da elaboração do sintoma que, com seu caráter metafórico, oferece uma maneira menos mortífera de solução psíquica, através do dispositivo analítico, resultando na introdução de intervalos de tempo no uso que resultam na produção significativa” (Rodrigues, Dassoler & Cherer, 2012, p. 85).

Nesse panorama, é válido assinalar algumas nuances ainda pouco abordadas em torno do sintoma como uma construção singular no processo de subjetivação da urgência, possibilitada a partir de um manejo do tempo lógico. Tal hipótese aponta para a importância de estudos que visem um aprofundamento do tema sob este ângulo, especialmente a partir da experiência clínica. Assim, delineamos o recorte desta pesquisa, na qual será realizada a construção de um caso clínico (Vorcaro, 2018), o que permite ampliar a perspectiva clínica na investigação do problema de pesquisa.

### **3 UM TAMBOR RITMADO OU QUANDO A ANGÚSTIA VIRA ACORDE: O SINTOMA COMO CONSTRUÇÃO SINGULAR NA SUBJETIVAÇÃO DA URGÊNCIA**

Neste capítulo, abordaremos os fundamentos teóricos das concepções centrais desta pesquisa, que são urgência, angústia, tempo lógico e sintoma, extraídas da teoria psicanalítica. Para fins de construção do marco teórico, optamos por definir quatro subtópicos que permitem explorar as especificidades de cada conceito ou concepção.

A urgência é considerada uma concepção em construção a partir das últimas décadas e se ancora em diferentes conceitos psicanalíticos ao funcionar como índice de irrupção do real. Embora seja mencionada no ensin

o de Jacques Lacan, não chega a ganhar estatuto conceitual em sua obra, de modo que um *corpus* de investigação mais aprofundado sobre o tema tem se formado a partir de trabalhos de psicanalistas contemporâneos, com uma produção em crescimento na América Latina.

A angústia, por sua vez, é um conceito amplamente abordado desde Freud e segue produzindo ecos na teoria e clínica psicanalítica, de maneira que reservamos um tópico para tratar de seus fundamentos e distinções em relação a outros afetos. Para tanto, percorremos as teorizações freudianas e lacanianas que darão subsídio a esta pesquisa.

O tempo lógico é uma concepção lacaniana que possui uma importante contribuição para o processo de subjetivação da urgência. Nesse tópico, abordaremos a articulação entre inconsciente e tempo lógico e uma estruturação do tempo subjetivo segundo os registros do real, simbólico e imaginário, para fundamentar a inscrição psíquica de um acontecimento na clínica da urgência.

O conceito de sintoma, por sua vez, é clássico e fundante da psicanálise, possui um amplo arcabouço teórico que demarca, inclusive, mudanças de estatuto clínico e conceitual ao longo da produção psicanalítica. Assim, esboçaremos uma sumarização das principais elaborações dos conceitos que ancoram este trabalho em pontos que podem exercer função de trançamento<sup>26</sup> ao longo desta dissertação.

---

<sup>26</sup> Alusão a trançar, tecitura a partir de ao menos três fios que se articulam. Neste trabalho, os fios são angústia, tempo lógico e sintoma, para construir uma borda ao redor da urgência como furo, índice de irrupção do real.

### 3.1 *Um silêncio, um pranto ou um grito*<sup>27</sup>: apontamentos sobre a noção de urgência subjetiva

*Explicar com palavras deste mundo  
Que partiu de mim um barco levando-me.*

(Alejandra Pizarnik, *árvore de diana*)

O tema da urgência no âmbito da psicanálise começou a ser esboçado por Lacan (1953/1998) em seu texto *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, momento em que reitera a importância da elucidação dos princípios que orientam a técnica psicanalítica e em que o simbólico ganha relevo. Embora a urgência não tenha estatuto conceitual, o modo como este psicanalista articula urgência e discurso permite destacar elementos cruciais para as declinações de seu manejo na clínica. Nesse contexto, sublinha que “não há nada de criado que não apareça na urgência, e nada na urgência que não gere sua superação na fala” (Lacan, 1953/1998, p. 242). A fala aparece como o meio para o tratamento analítico, através da qual se torna possível uma assunção da história do sujeito e um reordenamento das contingências, pois a cada volta no discurso, através de uma fala endereçada ao outro, o sujeito resubjetiva o acontecimento.

Posteriormente, em *Do sujeito enfim em questão*, Lacan (1966/1998) menciona o termo urgências subjetivas ao tratar da formação analítica e sublinha a função dos psicanalistas para responder a estes casos. Esta posição é reiterada ao final de seu ensino, no *Prefácio à edição inglesa do Seminário 11*, quando Lacan (1976/2003) diz como um testemunho: “os casos de urgência me atrapalhavam enquanto eu escrevia isto. Mas escrevo, na medida em que creio dever fazê-lo, para ficar a par desses casos, fazer com eles par” (p. 569). Esta indicação pode ser considerada um elemento para a direção do tratamento, se levarmos em conta a função de destinatário que o analista ocupa como via de subjetivação da urgência. Miller (2009) extrai destes apontamentos lacanianos a perspectiva da urgência como uma petição, uma demanda em potencial, que corresponde à modalidade temporal do advento do real.

No Brasil, as primeiras formulações sobre a urgência em psicanálise foram construídas por Marisa Decat (1996). Ao elaborar sua experiência no hospital, a autora ressalta que, neste contexto, pode haver uma destituição do lugar do sujeito, pois, diante da imprevisibilidade e de

---

<sup>27</sup> Expressão extraída de Barreto (2004).

um desvelamento da condição de finitude, ele é convocado a construir uma resposta antecipada sobre a morte, antes mesmo de ter-se perguntado sobre ela. Em contrapartida, a autora destaca: “observamos na prática a rapidez com que se instala a transferência em situações de urgência, e quando esta se instala o sintoma se situa no espaço da cura” (Decat, 1996, p. 15). Assim, nas situações em que há angústia premente, há algo que aparece como inadiável para o sujeito e, via endereçamento, pode haver uma subjetivação.

Ao distinguir a urgência subjetiva da urgência médica, Barreto (2004) afirma que, enquanto para a medicina está em jogo a quebra da homeostase do corpo-organismo tomado como máquina, na psicanálise se trata de uma urgência do sujeito, em que “algo do dizer não se articula; o que se articula é um silêncio, um pranto ou um grito” (p. 47). A direção do tratamento psicanalítico consiste, nesse sentido, em tratar pela palavra o que aparece como insuportável com o transbordamento do real, numa aposta de que o sujeito possa advir. Essa perspectiva de uma urgência do sujeito, que requer uma saída para a certeza da angústia, é retomada por Vascheto (2009) ao salientar que a urgência deixa o sujeito subsumido por uma quebra, uma ruptura. Nesse sentido, o urgente é fazer advir o sujeito, para que ele não saia de cena de maneira radical. Este autor propõe considerar o sintagma urgência subjetiva como uma urgência na produção de um sujeito possível. Em suas considerações, uma urgência é a precipitação de uma experiência enigmática, marcada por angústia, em seu ponto zero de elaboração (Vascheto, 2009).

Ao delimitar o que concebe como urgência em psicanálise, Sotelo (2009) destaca que uma urgência confronta o sujeito com o excesso: “ruptura aguda, quebra do equilíbrio com que a vida acontecia, quebra dos laços com os outros, com o trabalho, com os pensamentos ou com o próprio corpo, irrupção do real, do fora de sentido que conduz o sujeito ao abismo, ao grito sem articulação significante<sup>28</sup>” (p. 26). Para esta autora, quando o analista convida o sujeito a construir uma narrativa, a localizar a irrupção da urgência em sua relação com o acontecimento, possibilita iniciar uma articulação S1-S2 e, assim, a urgência pode tornar-se subjetiva. A subjetivação implica em localizar um dizer, uma enunciação que aponte a posição do sujeito.

Nessa direção, Seldes (2006; 2019) localiza a ruptura aguda da cadeia significante como uma característica fundamental para discernir um caso de urgência. O sujeito encontra-se impedido no tocante à possibilidade de enunciação, efeito desta ruptura que produz uma

---

<sup>28</sup> No original: “siempre confronta al sujeto con el exceso: ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo, irrupción de lo real, del fuera de sentido que conduce al sujeto al abismo, al grito sin articulación significante” (Sotelo, 2009, p. 26).

mortificação, um “momento de perplexidade em que a palavra fica presa na garganta (...) tempo sem tempo, do ser entregue ao abismo de sua própria dejeção<sup>29</sup>” (Seldes, 2006, p. 35). Por conseguinte, a urgência pode se manifestar como dor, sofrimento insuportável, uma descontinuidade em que o sujeito poderá experimentar de alguma forma “essa passagem do privado ao público, da normalidade à anormalidade, da intimidade de sua estrutura sustentada até agora de maneira particular, ao transbordamento que o desacomoda<sup>30</sup>” (Sotelo, 2006, p. 98). A urgência dilui as bordas construídas pelo simbólico e o imaginário e impede o sujeito de encontrar uma via de elaboração do acontecimento que toca o real (Seldes, 2019). As coisas caminhavam razoavelmente bem para o sujeito e, de forma contingente, algo instaura “uma ruptura na linha do tempo, retira o sujeito de suas rotinas e o força a elaborar uma nova relação com o real<sup>31</sup>” (Seldes, 2019, p. 13).

Estas formulações tentam delimitar a concepção de urgência, que, por não possuir estatuto conceitual no campo psicanalítico, nos convoca a lançar mão de outros conceitos para tentar circunscrever a problemática em jogo e suas implicações clínicas. Dessa maneira, na medida em que os fundamentos teóricos forem apresentados nos tópicos subsequentes, a concepção de urgência ganhará espessura. Por enquanto, por destacar a urgência como irrupção do real (Sotelo, 2009), recortaremos algumas concepções lacanianas sobre o real que darão consistência às discussões em jogo neste trabalho. Nas formulações lacanianas, o real é circunscrito de diferentes maneiras, porém vale salientar que tais formulações não são excludentes e funcionam como operadores teóricos que são utilizados a partir do que a clínica convoca e interroga.

Para começar, se, de um ângulo, cernirmos o real a partir do limite do simbólico, do que resiste à apreensão, temos o real enquanto modalidade lógica do impossível, aquilo que não cessa de não se escrever (Lacan, 1972-3/1985) e demarca um resto inassimilável ao simbólico. Por outro lado, há “o real que não deve nada ao simbólico, um tsunami” (Soler, 2018). Trata-se, neste ângulo, do real sem lei, sem ordem natural, sobre o qual não há saber. Por não admitir dialética simbólica e se apresentar de modo imperativo em seu caráter de imprevisibilidade, o real sem lei gera uma ruptura por escapar a qualquer programação. Podemos articular essas concepções à noção de advento do real (Lacan, 1974/2011) e demarcar uma sutil intersecção

---

<sup>29</sup> No original: “Momento de perplejidad en el que la palabra queda presa en la garganta (...) tiempo sin tiempo, del ser entregado al abismo de su propia deyección” (Seldes, 2006, p. 35).

<sup>30</sup> No original: “Este pasaje de lo privado a lo público, de la normalidad a la anormalidad, de la intimidad de su estructura sostenida hasta el momento de una manera particular, al desborde que la sacude e desacomoda” (Sotelo, 2006, p. 98).

<sup>31</sup> No original: “una ruptura en la línea del tiempo, saca al sujeto de sus rutinas y lo fuerza a elaborar una nueva relación con lo real” (Seldes, 2019, p. 13).

entre o impossível e o contingente, modalidade lógica que refere-se ao que cessa de não se escrever em um instante e produz reverberações (Lacan, 1972-3/1985). Quando se trata do advento do real há a irrupção contingente de algo inédito que atinge o sujeito, produz uma marca e pode atirá-lo ao traumático do real impossível, concebido enquanto excesso inassimilável, por não se deixar apreender pela representação.

Nesse ponto, vale resgatar um germen dessa concepção, que Lacan (1964/2008) designou como tiquê (*tyche*), o encontro do real, isto é, um encontro acidental que demarca a presença do acaso na vida humana. O acaso não encontra lei que o ordene e, dele, um certo arranjo se recorta contingencialmente. A dimensão do acaso produz uma descontinuidade e um furo no saber, o qual se mostra impotente para contornar o real sem lei. Assim, Lacan (1974/2011) pontua que nada é mais real do que a vida:

Em que medida escrevi, no círculo do real, a palavra ‘vida’? É que, da vida, exceto por essa expressão vaga que consiste em enunciar o ‘gozo da vida’, incontestavelmente não sabemos mais nada. Essa construção química que, a partir de elementos repartidos no que quer que seja, e de algum modo que queiramos qualificá-lo, teria se colocado de repente a edificar, pelas leis da ciência, uma molécula de DNA – como isso pôde ter início? Tudo a que a ciência nos induz é a ver que não há nada mais real do que isso, o que quer dizer: nada é mais impossível de imaginar (pp. 31-2).

Há, portanto, uma impotência do saber em recobrir o acaso e um impossível de saber sobre o que determina a origem da vida, o lance dos dados, de maneira que o saber, quando se produz, funciona como elucubração. Nesse contexto, “a diferença sutil entre o acaso e a contingência é que o acaso é o momento em que os dados são lançados no ar, e a contingência seria o momento em que os dados caem e produzem uma determinada combinatória” (Francisco, 2014, p. 34). Dessa combinatória contingente, uma ordem se inscreve e comanda a repetição em que o sujeito fica capturado. Assim, há uma passagem do contingente ao necessário, ao que não cessa de se escrever, e faz advir outra roupagem do real, enquanto o que retorna sempre ao mesmo lugar, o que não caminha, o que cruza a frente da charrete e não cessa de se repetir para impor um entrave à marcha (Lacan, 1974/2011), formulação que retornará na discussão sobre sintoma.

Ao discutir a clínica da urgência, propomos designar o advento do real como um esbarrão, para fazer referência aos efeitos da contingência, que rompe um arranjo subjetivo e deixa o sujeito à mercê de um excesso de angústia que o precipita em um curto-circuito temporal (Sotelo, 2015). Sublinhamos, ainda, que, face à ausência de lei natural que oriente o humano, se o que se escreve contingencialmente por vezes produz um efeito traumático, por outra via

possibilita, também, um arranjo singular, que pode ser cernido no dispositivo analítico. Ante o esbarrão com o real e o furo no saber que se instaura, o sujeito é convocado a uma invenção, a um novo uso da contingência (Seldes, 2019), quando interpelado por uma questão. Nessa lógica, uma função do analista é contrariar o advento do real (Lacan, 1974/2011), provocar que haja uma outra direção para seus efeitos, de modo que, na clínica da urgência, isto implica uma passagem para a subjetivação.

### 3.2. Angústia

Abordar a urgência exige, sobremaneira, que possamos recorrer ao conceito de angústia. A palavra angústia advém do latim *angere* e do grego *angor*, que remetem a estreitamento, aperto. Na clínica, a angústia se apresenta corporalmente, como um afeto à deriva, distante das palavras, que pressiona o sujeito e o implica no mais íntimo de si (Lacan, 1962-3/2005). Na urgência, a angústia em excesso e sem anteparos presentifica um descompasso radical entre o sujeito, o próprio corpo, o tempo e o Outro. Neste tópico, extrairei algumas formulações freudianas e lacanianas sobre a angústia, que darão subsídio para discutir a sua presença e derivações na clínica das urgências subjetivas e suas relações com o tempo lógico e o sintoma.

#### 3.2.1 Angústia em Freud

*Memória iluminada, galeria onde vaga  
a sombra do que espero.  
Não é verdade que virá.  
Não é verdade que não virá.*

(Alejandra Pizarnik, *árvore de diana*)

Começemos, então, com Freud (1917/2014c). Na Conferência intitulada *A angústia*, ele chama atenção para o substantivo *Angst*, angústia, *angustiae*, aperto em latim, que faz sobressair o caráter de estreitamento da respiração. Assim, já é possível destacar que a dimensão de um afeto que se apresenta no corpo marca toda sua teoria da angústia, porém em diferentes perspectivas. De início, Freud (1917/2014c) postula a angústia como uma consequência do recalque, um dos destinos do afeto que, após separar-se da representação, fica solto, livre, e pode descarregar-se corporalmente. A angústia caracteriza-se, assim, como um estado afetivo,

sendo um afeto um processo de descarga. Dafunchio (2013) destaca que a angústia tem uma dimensão corporal e outra, temporal: por um lado, ela é sentida no corpo, ao prepará-lo para o perigo e, por outro, é a antecipação de algo por vir.

Nessa concepção, articulada à primeira tópica freudiana do aparelho psíquico, a angústia emerge ao longo da vida por dois caminhos: a angústia realista e a angústia neurótica. Na primeira, a angústia surge como uma reação a um perigo externo, que antecipa um dano previsto e vincula-se ao reflexo de fuga, sendo uma manifestação da pulsão de autoconservação. Porém, mesmo ao considerar a angústia realista, Freud destaca que, em grande intensidade, a angústia é inadequada, pois paralisa a ação, inclusive a fuga. Por sua vez, quando se trata da angústia neurótica, não há conexão com um perigo ameaçador da realidade externa. Neste caso, o perigo é pulsional, do excesso de libido acumulada, que não pôde ser satisfeita e deixa o sujeito à mercê de um perigo do qual não há como fugir: “a libido que se tornou inutilizável, que nesse momento não pode ser mantida em suspenso é descarregada como angústia” (Freud, 1917/2014c, p. 438). Logo, a primeira teoria da angústia em Freud consiste em considerá-la um produto do recalque, que precisou entrar em ação para evitar o desprazer que advém de um determinado representante pulsional, desprazer que seria mais danoso para a consciência do que o próprio afeto de angústia (1917/2014c).

Assim, os fatores quantitativos decidem se haverá ou não adoecimento neurótico, caso o excedente da libido não encontre uma via de descarga satisfatória. Nessa perspectiva, a angústia é considerada um afeto flutuante, que pode manifestar-se sob a forma de tremores, tonturas, palpitações ou falta de ar, ainda que o sujeito não saiba dizer o que o angustia: “a angústia é, portanto, a moeda universal corrente, pela qual são ou podem ser trocados todos os impulsos afetivos, quando o conteúdo ideativo a eles ligados foi submetido à repressão” (Freud, 1917/2014c, p. 434). Nestes casos, uma direção clínica é tornar o afeto vinculado psiquicamente, pois em intensidade extrema, a angústia paralisa o sujeito. Com isso, a formação de sintoma consiste em uma das maneiras do aparelho psíquico dar um tratamento à angústia, para que o afeto antes livre possa ligar-se a outras representações psíquicas, ao mesmo tempo em que pode encontrar uma via de escoamento quando a formação de sintoma se dá no corpo, por exemplo. Nesse sentido, para Freud (1917/2014c), os sintomas se formam para escapar ao desenvolvimento da angústia.

Nas formulações freudianas já podemos sublinhar a angústia como um afeto que se distingue dos demais. Neste momento, uma diferença entre angústia (*Angst*), temor (*Furcht*) e terror (*Schreck*) é esboçada: enquanto a angústia refere-se ao estado afetivo, sem que o objeto seja localizado, o temor se destaca justamente pela precisa atenção ao objeto. O terror, por outro

lado, ganha estatuto especial, ao fazer sobressair o efeito de um perigo, sem que a angústia tenha conseguido funcionar como um sinal. Assim, Freud (1917/2014c) demarca que o sujeito se protege do terror por meio da angústia.

Esta distinção é retomada por Freud (1920/2021), em *Além do princípio de prazer*, que ancora a diferença entre tais afetos a partir de suas relações com o perigo. Ao teorizar sobre a neurose traumática, Freud destaca o caráter de surpresa para articular terror e trauma. A angústia designa uma expectativa do perigo e certa preparação para ele, ainda que tal perigo seja desconhecido pelo sujeito. O temor, nesta formulação, persiste em seu direcionamento a um objeto que se teme. Enquanto isso, o terror “nomeia o estado em que se entra quando se corre perigo sem que se esteja preparado para ele, acentuando *o fator da surpresa* [grifos nossos] [...] na angústia há algo que protege contra o terror e, portanto, também contra a neurose de terror” (Freud, 1920/2021, p. 73). Nesse sentido, o terror implica uma ameaça à vida, ameaça que emerge repentinamente e que desaloja o sujeito, que não pode se defender.

Tais distinções são necessárias para abordar a especificidade do conceito de trauma e sua relação com a angústia. A etimologia da palavra trauma advém do grego e indica ferida (Dicio, 2023). Nesse momento teórico, Freud (1920/2021) considera o trauma como advindo das excitações que chegam de fora e rompem a barreira de proteção, de modo a provocar uma inundação do aparelho psíquico por grandes quantidades de estímulo, quando o princípio de prazer fracassa em modular as quantidades de excitação:

Um acontecimento como o trauma externo provocará uma enorme perturbação no funcionamento energético do organismo e colocará em movimento todos os meios de defesa. Mas nesse caso o princípio de prazer é, de início, colocado fora de ação. A *inundação* [grifo nosso] do aparelho anímico por grandes quantidades de estímulo não pode mais ser detida (Freud, 1920/2021, p. 114).

Porém, para considerar o alcance do princípio de prazer e seu fracasso, no trauma, não recorreremos a uma questão meramente econômica. Freud resguarda, sobretudo, a função temporal como um fator decisivo para a qualificação do prazer/desprazer, ao considerar o ritmo, o aumento, redução ou queda dessa excitação *no tempo*. Isto é, há relaxamentos desprazerosos e tensões prazerosas, quando cadenciadas temporalmente, a exemplo da excitação sexual, que chega ao ápice em um instante e provoca um aumento prazeroso de estímulo (Freud, 1920/2021; 1924/2022).

Quando se trata do trauma, temos uma falha da angústia em atuar como um sinal de perigo e uma articulação entre a *surpresa* que advém do terror, uma *inundação* de estímulos no psiquismo e a dimensão do *tempo*, para referir-se ao que sobrepuja o princípio de prazer. O

trauma envolve, portanto, um excesso que paralisa o psiquismo, que produz uma ruptura das funções psíquicas, um desamparo radical e, por vezes, uma impressão de morte. Nesse contexto, todos os meios de defesa entram em ação para tornar quiescente o excesso de estímulo (Freud, 1920/2021) e, assim, produzir um escoamento que retire o sujeito do limite do que é suportável subjetivamente.

Na neurose traumática, o fator de surpresa ligado ao terror também é uma marca distintiva. Nela, o sujeito fica fixado no momento do trauma e tudo o reconduz ao susto, indício do que está para além do princípio de prazer. Assim, a etiologia da neurose traumática não condiz exclusivamente com uma ação mecânica violenta, mas com o terror e ameaça à vida, àquilo que provoca um dano ao aparelho psíquico, ao romper a barreira de proteção contra o excesso de estímulos: “creio que tenhamos o direito de arriscar a tentativa de conceber a neurose traumática comum como a consequência de uma extensa ruptura da proteção contra estímulos” (Freud, 1920/2021, p. 117). A prontidão para a angústia é caracterizada como a última linha da proteção contra estímulos, isto é, justamente por advir o terror, ao invés da angústia, o efeito traumático se produz.

Por outro lado, Freud destaca que, quando há uma ferida decorrente do acidente, o desenvolvimento da neurose pode ser interceptado, uma vez que o excesso de estímulo ligado ao trauma encontra uma via de escoamento. Para especificar esse arranjo, Freud (1920/2021) faz recurso à dor corporal, que indica uma ruptura da proteção em um ponto delimitado e liga o excedente de excitação através do superinvestimento narcísico no órgão ferido. Frente a isso,

De todos os lados a energia de investimento é convocada para criar, nas proximidades do ponto de ruptura, investimentos de energia com intensidade correspondente. Produz-se, então, um grandioso ‘contrainvestimento’, em cujo benefício todos os outros sistemas psíquicos se empobrecem, de modo que se segue uma extensa paralisia ou redução de qualquer outro funcionamento psíquico (Freud, 1920/2021, p. 115).

A angústia possui, assim, uma função protetora, ponto de inflexão que permite passar da primeira à segunda teoria freudiana sobre tal conceito. Com a segunda tópica do aparelho psíquico, em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/2014) retoma a noção de perigo e, desta vez, enfatiza a angústia como uma reação do eu. Aqui, a angústia possui a função de sinalizar uma situação de perigo e evitá-la, de modo que o eu lança mão do recalque como uma defesa. Ao contrário da primeira teorização, a angústia como uma reação do eu ao perigo é o que gera o recalque. Neste caso, trata-se de um perigo pulsional, quando a possível satisfação produz um conflito entre as instâncias psíquicas e o eu emite a angústia como um sinal de perigo. Nessa direção, o eu é considerado a sede e o produtor da angústia.

Cabe sublinhar que, na psicanálise, o eu não é uma unidade coerente, mas dividido e paradoxal. Ao situar a estranheira do eu, Souza (1983/2021) demarca que “o mais íntimo não se conjuga com a transparência” (p. 122). O recalque faz algo familiar tornar-se alheio, em “um processo que, ao excluir, faz do excluído a região nuclear, centro pulsátil da vida do sujeito” (Souza, 1983/2021, p. 123). Dessa maneira, o perigo pulsional é também desconhecido para o eu, que toma como estrangeiro aquilo que lhe é mais íntimo, o que leva a diluir as fronteiras entre angústia realista e angústia neurótica.

Para avançar na discussão, Freud (1926/2014; 1933/2010) interroga qual o núcleo da situação de perigo, seja ele real ou pulsional, e, perante sua grandeza, contrapõe o desamparo material e psíquico do humano. É o que o desamparo radical provoca no psiquismo que ele nomeia como traumático. Com outra nuance, a angústia aparece com a função de emitir um sinal para o eu, a fim de prevenir e se preparar para a situação traumática, de modo a minimizar seus danos: “a angústia é, de um lado, expectativa do trauma, e, de outro lado, repetição atenuada do mesmo [...] A angústia é a original reação ao desamparo no trauma, que depois é reproduzida na situação de perigo como sinal para ajuda” (Freud, 1926/2014, p. 86).

Uma nova distinção é realizada para demarcar uma dupla origem da angústia, desta vez entre angústia como sinal e angústia automática. A primeira, como vimos, precede a situação de perigo e possibilita ao eu atenuar e evitar tal situação: “o Eu se submetia à angústia como se esta fosse uma vacina, aceitando a forma atenuada de uma doença para escapar ao seu ataque pleno” (Freud, 1926/2014, p. 82). Enquanto isso, a angústia automática emerge de forma inesperada e domina o sujeito, quando uma situação de perigo análoga à do nascimento irrompe e não há recursos para contorná-la, deixando-o desamparado.

Ao separar-se do corpo da mãe, o bebê experimenta sensações corporais de desprazer, que anunciam um perigo de vida, um desamparo radical, decorrente da dependência de um outro que atenda às suas necessidades para manter-se vivo. Este fator biológico origina as primeiras situações de perigo e a necessidade de ser amado, que jamais abandona o ser humano (1926/2014; 1933/2010). Aqui, chamamos atenção para um desamparo psíquico, contrapartida do desamparo biológico do bebê, e que funciona como matriz para as situações posteriores de desamparo, ao remeter “em última instância, à falta de garantias do homem diante do mundo, vivência de todo aquele que se livra das ilusões que cria para sua proteção [...] e, portanto, não se limita ao período da infância” (Aires, 2007, p. 41).

Dessa maneira, apesar das mudanças teóricas assinaladas, alguns apontamentos freudianos sobre a angústia permanecem ao longo de sua obra: a) a dimensão de afeto, ao delimitar que a angústia é, em primeiro lugar, algo que se sente (1917/2014c; 1926/2014;

1933/2010); b) sua diferença em relação a outros afetos, tais como a dor e a tristeza, uma vez que a angústia possui um caráter desprazeroso para o eu em articulação a um processo de descarga corporal: “a angústia, portanto, é um estado desprazeroso especial, com reações de descarga em trilhas específicas” (Freud, 1926/2014, p. 54); c) o caráter de indeterminação e ausência de objeto na angústia, que se articula à vivência traumática de desamparo, ao contrário do temor (1926/2014); d) uma relação com a expectativa, que vimos ser uma expectativa diante da situação de perigo (1926/2014); e e) a hipótese de que o ato do nascimento é a fonte e o modelo do afeto de angústia (Freud 1917/2014c; 1926/2014; 1933/2010).

### 3.2.2 *Angústia em Lacan*

*Estas são as versões que nos propõe:  
um buraco, uma parede trêmula...*

(Alejandra Pizarnik, *árvore de diana*)

Resgatamos quatro concepções lacanianas sobre angústia que produzem efeitos para nosso tema: I – a angústia que emerge como rasgamento por uma dissolução imaginária (Lacan, 1954-5/1985); II – a dimensão de ruptura da angústia que incide sobre o lugar do sujeito na cena do mundo e implica uma suspensão temporal (1956-7/1995); III – a angústia como um afeto que não engana, sinal do real (1962-3/2005); e IV – a angústia que advém da suspeita de nos reduzirmos a nosso corpo (Lacan, 1974/2011). Tais aceções são acompanhadas de uma articulação aos registros psíquicos, a saber: o real, o simbólico e o imaginário.

A elaboração teórica de Lacan nos anos 1950, caracterizada por certo predomínio do imaginário e do simbólico, o leva a trabalhar o sonho da injeção de Irma, momento em que localiza uma decomposição imaginária na formação onírica. Por conseguinte, a angústia é correlativa de um desaparecimento do sujeito, em que ele “se depara com a experiência de seu rasgamento, de seu isolamento com relação ao mundo” (1954-5/1985, p. 212). Ainda que nesse momento Lacan não tenha consolidado sua concepção de real como o que escapa à simbolização, chama atenção para uma emergência do real em sua face impenetrável, instante em que todas as palavras estacam, quando, na angústia, há uma

[...] revelação do real naquilo que tem de menos penetrável, do real sem nenhuma mediação possível, do real derradeiro, do objeto essencial que não é mais um objeto,

porém este algo diante do que todas as palavras estacam e todas as categorias fracassam, o objeto da angústia por excelência (Lacan, 1954-5/1985, p. 209).

De que real se trata nesse momento teórico? Se ainda não havia uma conceituação do real como impossível ou como contingente, tampouco se trata, nessa passagem, do real em seu sentido comum, de realidade. Já é possível assinalar, aqui, o que do real como registro psíquico escapa ao simbólico e ao imaginário, o que resta como irrepresentável. Aproximar a angústia do real aponta, portanto, que algo escapa à representação.

Ao avançar um pouco mais, extraímos uma segunda definição de angústia que advém de uma ruptura temporal, corte que sobrepuja as referências que localizavam o sujeito no mundo:

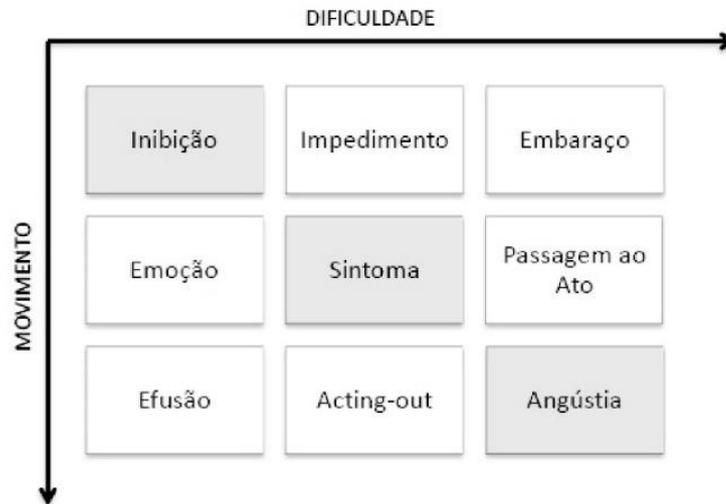
[...] a angústia, nessa relação tão extraordinariamente evanescente por onde nos aparece, surge a cada vez que o sujeito é, por menos sensivelmente que seja, descolado de sua existência [...] a angústia é correlativa do momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo onde ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar. É isso aí, a angústia (Lacan, 1956-7/1995).

Assim, o tempo da angústia é o instante, que pode eternizar-se quando o sujeito vivencia esse efeito de suspensão, em que o passado está perdido e o futuro não existe. Essa dimensão de corte temporal implica uma ruptura das referências que localizavam o sujeito no mundo, de maneira a produzir consequências para uma situação de urgência, quando o sujeito não pode servir-se de nenhuma ancoragem imaginária ou simbólica para bordejar a angústia.

A terceira concepção lacaniana de angústia aqui assinalada a considera como um sinal do real, um afeto que não engana, por se afastar do campo dos significantes que é, por excelência, aberto a equívocos:

Que é a angústia? Para introduzi-la, direi que ela é um afeto (...) O que eu disse sobre o afeto foi que ele não é recalcado (...) Ele se desprende, fica à deriva. Podemos encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas ele não é recalcado. O que é recalcado são os significantes que o amarram (Lacan, 1962-3/2005, p. 23).

Como afeto, deixa uma marca no sujeito, de modo a pressioná-lo ao mais íntimo de si (Lacan, 1962-3/2005). Ao evocar o texto freudiano *Inibição, sintoma e angústia*, Lacan (1962-3/2005) sublinha que, ali, se fala de tudo, exceto da angústia, e interroga se isso quer dizer que não se pode falar dela. Para a angústia, não existe rede. É como equilibrista que ele toma o título do texto como corda e trabalha cada um dos termos em três linhas desniveladas, em diagonal:

**Figura 1.***Quadro da angústia*

Adaptado de Lacan (1962-3/2005, p. 89)

Para nossos fins, extrairemos do quadro, neste momento, os apontamentos sobre a angústia. No eixo horizontal, temos a dificuldade e, no eixo vertical, o movimento. Se seguirmos essa lógica, a angústia implica o máximo de dificuldade e de movimento. A princípio, o embaraço, *imbaricare*, é a expressão mais leve da angústia no eixo da dificuldade. Trata-se do momento em que o sujeito (\$) já não sabe o que fazer de si mesmo quando esbarra na opacidade do desejo do Outro. Na vertente do movimento, a apresentação mais leve da angústia é a efusão, *émoi*, que alude a perturbação, comoção, desassossego, efervescência, tumulto, desnorteamento. Enquanto isso, o que se encontra mais próximo do patamar da angústia são a passagem ao ato, quando há o máximo dificuldade e um relativo movimento, e o *acting out*, quando há o máximo de movimento e uma dificuldade relativa. Para falar da passagem ao ato, Lacan (1962-3/2005) situa um momento de maior embaraço, quando há um apagamento do sujeito, que se precipita e cai da cena. Enquanto isso, o *acting out* refere-se a uma mostraçã dirigida ao Outro e clama por interpretação.

A articulação entre angústia e desejo do Outro é um dos pontos distintivos de Lacan (1962-3/2005). Por essa via, ele assinala que o campo da angústia é enquadrado, isto é, ela surge dos impasses quanto ao desejo do Outro, que é estruturado como um enigma. Quando o desejo do Outro é radicalmente opaco, de maneira a impedir uma organização da posição do sujeito e do Outro na fantasia, ou quando o Outro não comparece com uma falta, a angústia emerge.

Aires (2007) recorta da teoria lacaniana o desamparo na base do afeto de angústia, isto é, a angústia surge como sinal para remediar o desamparo e “se mostra como um primeiro esboço de organização ativado pelo eu (*moi*) diante do fracasso imaginário/simbólico de manutenção da condição subjetiva” (p. 45). Há angústia quando a questão “O que queres?” não pode ser colocada ou respondida de alguma maneira. Nesse sentido, por aproximar a angústia do desejo do Outro, podemos extrair sua função de bússola em direção ao desejo.

O máximo de dificuldade e de movimento aponta a agudeza da angústia. Nesse ponto, Lacan (1962-3/2005) convoca os psicanalistas a se interrogarem o que o sujeito pode suportar de angústia, de modo que ela pode ser considerada um norteador clínico pelos momentos de seu aparecimento. Dafunchio (2013) coloca que “a angústia é uma dobradiça que permite passar a outra coisa, depende muito da posição do sujeito, mas também da manobra que o analista possa fazer” (p. 160). Por outro lado, quando em excesso, a angústia faz decair a posição de sujeito, diante de um fracasso imaginário e simbólico, e a dimensão objetual marca presença de maneira desestruturante (Aires, 2007).

Assim, uma das vertentes em que se traduz a angústia é quando falta a falta. Neste ponto, Lacan (1962-3/2005) articula a angústia ao *Unheimlich*, o infamiliar<sup>32</sup> freudiano, para dizer que, em geral, ele se apresenta pelas frestas, no enquadramento da cena. No entanto, é possível que aquilo que é tão familiar/infamiliar ao sujeito, e que deveria ficar escondido, apareça subitamente no lugar da falta: “a angústia é quando aparece nesse enquadramento o que já estava ali, muito mais perto, em casa, *Heim* [...] é o surgimento do *heimlich* no quadro que representa o fenômeno da angústia” (Lacan, 1962-3/2005, p. 87). A angústia aparece, então, como infamiliar ao sujeito e gera uma perturbação.

A substância da angústia é aquilo que não engana, ou seja, que institui uma certeza. Trata-se, aqui, da angústia como sinal do real: “do real, portanto, de uma forma irreduzível sob a qual esse real se apresenta na experiência, é disso que a angústia é sinal” (Lacan, 1962-3/2005, p. 178). No *Seminário 10*, o objeto *a* é formulado como resíduo da operação de divisão do sujeito em relação à entrada na linguagem, objeto que escapa à imaginarização e à simbolização. Com esta proposição, Lacan (1962-3/2005) demarca que a angústia não é sem objeto, sendo este propriamente o objeto *a*. Quando situado na fantasia ( $\$ \diamond a$ ), o objeto *a* funciona como causa de desejo, se articula à função da falta. Porém, quando algo como o *Heimlich/Unheimlich*

---

<sup>32</sup> O infamiliar é uma das versões para o português brasileiro do *Das Unheimlich* freudiano que, de forma mais precisa, é intraduzível e faz vir à tona o inevitável problema da equivocidade da tradução (Iannini & Tavares, 2020). Trata-se de uma palavra-conceito que remete àquilo que é mais familiar, íntimo, conhecido, mas que, ao mesmo tempo, é estranho, desconhecido, inquietante e possui um caráter angustiante e assustador.

aparece no lugar do *a* como falta, a angústia irrompe como falta da falta. Sendo assim, o objeto *a* situa-se numa balança entre angústia e desejo.

A quarta formulação lacaniana que recortamos para esta pesquisa está situada numa breve passagem da conferência *A terceira*, em que, ao retomar os apontamentos do *Seminário 10*, Lacan (1974/2011) considera a angústia como o sintoma-tipo de todo acontecimento do real. Quando a relação do sujeito com o desejo se esvai, ou seja, quando a condição subjetiva é rompida, a angústia irrompe “dessa suspeita que nos vem de nos reduzir a nosso corpo” (Lacan, 1974/2011, p. 30). Suspeita que arranca do sujeito a ilusão de que tem um corpo e presentifica o que do corpo escapa à apreensão. Com isso, a disjunção entre corpo e sujeito, que ficava velada ou, ao menos, atenuada no cotidiano, pode aparecer de maneira abrupta e deixá-lo desorientado, em angústia.

Nesse ínterim, por ser um afeto que perturba e que se distancia da palavra, a angústia aponta o traço evasivo da urgência, que precisará de um trabalho psíquico para ganhar contornos de linguagem. Esta concepção realça a dificuldade de elaboração simbólica na urgência, diante da separação radical entre afeto e significante, por presentificar a angústia sem anteparos. A palavra elaboração, traduzida do alemão *durcharbeiten* inclui o radical labor, *arbeiten*, trabalhar, que envolve um trabalho psíquico por meio de uma escansão temporal para construir um contorno simbólico para a angústia. Com isso, para tecer uma passagem dos impasses às possibilidades clínicas, passaremos ao tópico seguinte e abordaremos as articulações entre urgência, angústia e tempo lógico, o que torna possível uma subjetivação. Nessa direção, a angústia permite extrair um traço de singularidade, quando situada na transferência e manejada no dispositivo psicanalítico.

### 3.3 A assunção do sujeito na cadência do tempo: da ruptura ao intervalo

\_\_\_\_\_ *Só hoje ontem se deixa escrever.*

(Maria Gabriela Llansol, *Um falcão no punho*)

Um dos traços da urgência é sua dimensão de corte temporal na vida do sujeito. As derivações desse corte escapam à cronologia, por presentificar uma pressa que sobrepuja as possibilidades de elaboração simbólica. Por este motivo, a clínica exige que possamos incluir uma dimensão lógica da temporalidade como constituinte do sujeito. Para tanto, recorreremos à formulação de Lacan (1945/1998) sobre o tempo lógico, que estrutura o inconsciente e permite

distinguir três modulações temporais: o *instante* de ver, o *tempo* para compreender e o *momento* de concluir. Em seguida, nos ancoramos nas proposições de Nominé (2019) que, ao trabalhar a escrita da clínica<sup>33</sup>, propõe que a inscrição de um acontecimento implica uma estruturação da temporalidade segundo os registros do real, simbólico e imaginário.

De início, chamamos atenção para uma sutil diferença dos termos *instante*, *tempo* e *momento* que, marcados por uma tensão temporal, têm seus limites e duração delineados *a posteriori*. Lacan (1945/1998) qualifica o instante de ver como um tempo de fulguração igual a zero, em que há uma detenção na imagem. Propomos, ao discutir a clínica da urgência, aproximar o instante de ver de um esbarrão com o real, que inaugura uma contingência para o sujeito. Em nossa leitura, designar o encontro com o real como um esbarrão presentifica o caráter de imprevisibilidade com efeitos que reverberam, para cada sujeito, numa cadência temporal própria.

Enquanto isso, o tempo para compreender supõe a duração de um tempo de meditação e pode ser considerado um tempo de elaboração articulado ao simbólico para dar um tratamento ao imprevisível, ao esbarrão com o real. O limite desse tempo é indefinido *a priori*: “o tempo de compreender pode reduzir-se ao instante do olhar, mas esse olhar, em seu instante, pode incluir todo o tempo necessário para compreender. Assim, a objetividade desse tempo vacila com seu limite” (Lacan, 1945/1998, p. 205). Ele ganha contornos a partir de uma escansão suspensiva que marca uma passagem de uma modulação a outra, ou seja, apenas retroativamente, com a instauração do momento de concluir, o tempo para compreender é circunscrito em sua duração.

Por sua vez, o momento de concluir, precedido de um tempo de meditação, propicia uma assunção do sujeito, que na urgência havia ficado subsumido. Nessa cadência temporal, o sujeito põe em ato uma saída possível para um impasse, ao consentir com a ausência de garantias. Há uma pressa que precipita o momento de concluir. Porém, diferente do que ocorre em um curto-circuito temporal, é uma pressa que sucede uma elaboração lógica e coloca um ponto de basta nas voltas do tempo para compreender, que poderiam eternizar-se. Antecipa-se, então, uma hipótese que será submetida à prova da dúvida:

Eis aí a *asserção sobre si*, pela qual o sujeito conclui o movimento lógico na decisão de um *juízo*. O próprio retorno do movimento de compreender, sob o qual vacilou a instância do tempo que o sustenta objetivamente, prossegue no sujeito como uma

---

<sup>33</sup> Nominé (2019) trabalha a escrita da clínica por meio do nó borromeano, ao considerar topologicamente seus pontos de falhas e reparações possíveis. Em decorrência do escopo desta dissertação, nos deteremos apenas nas articulações do autor entre o tempo e os três registros psíquicos.

reflexão, na qual essa instância ressurgue para ele sob o modo subjetivo de um *tempo de demora* em relação aos outros nesse mesmo movimento, e se apresenta logicamente como a urgência do *momento de concluir* [grifo do autor] (Lacan, 1945/1998, p. 206).

O tempo lógico, portanto, é um tempo de cadência, em que uma solução singular pode ser tecida passando pelo campo da alteridade, de modo que Lacan (1953/1998) o caracteriza com uma lógica intersubjetiva. Como propõe Moschen (2020), trata-se de uma travessia temporal necessária para que uma asserção subjetiva possa ter lugar, de modo que o próprio tempo para compreender assemelha-se a uma coreografia, em que o sujeito pode localizar-se ao localizar os outros com quem se inscreve na cena do mundo. Nesse sentido, articular o tempo à cadência e a uma coreografia requer a dimensão de uma pausa, que delimita um ritmo e uma diferença entre cada modulação temporal.

A questão que se impõe na urgência é que há um curto-circuito temporal que produz um efeito de precipitação, em que o tempo para compreender é elidido e, do instante de ver, o sujeito passa direto ao momento de concluir, sem passar por um tempo de elaboração (Sotelo, 2015; Seldes, 2019). Assim, o sujeito pode ser pressionado e impelido ao ato, em saídas abruptas para a angústia, de modo que a pressa obstaculiza uma asserção subjetiva. Nas palavras de Lacan (1954-5/1985), a pressa é uma:

[...] dimensão do tempo que, incontestavelmente, não lhes pertence, e que tento imajar para vocês por intermédio deste elemento que não é nem o atraso nem o adiamento, porém a pressa, ligação própria do ser humano com o tempo, com o carro do tempo, que está aí a esporeá-lo por detrás (p. 363).

A precipitação dessa certeza em curto-circuito, sem uma passagem pelo tempo para compreender, é distinta da hipótese que advém ao final do tempo lógico, “pois não permite a emergência de um sujeito - o que se vê é a equivalência sujeito-objeto” (Barros, 2013, p. 96). Nessa direção, quando o tempo para compreender é elidido, o sujeito termina por configurar uma crença, e não uma asserção subjetiva (Moschen, 2020).

Ao abordar a urgência, Solano-Suarez (2019) situa: “a urgência é uma modalidade de relação com o tempo que submete o corpo ao ritmo da urgência pulsional<sup>34</sup>” (p. 15). Ao revisitar as teorizações freudianas sobre a pulsão, Aires (2022) recorta uma consideração sobre o ritmo, uma vez que, “como força constante, a pulsão não se inscreve temporalmente como intervalo, interrupção” (p. 21). Nessa perspectiva, se o ritmo da pulsão é uma pressão constante, com o

---

<sup>34</sup> No original: “la urgencia es una modalidad de relación con el tiempo que somete el cuerpo al ritmo de la urgencia pulsional” (Solano-Suarez, 2019, p. 15).

curto-circuito temporal instaurado na urgência, que elide a possibilidade de intervalo e de elaboração, o sujeito pode passar ao ato como uma saída radical para a angústia.

A irrupção de um acontecimento inconciliável com a linguagem implica uma ruptura narrativa e uma suspensão do sujeito da enunciação, de maneira que “na urgência o significante não se articula em um dizer e verifica-se o efeito de mortificação que ele produz isoladamente, o que impede o movimento de representação<sup>35</sup>” (Seldes, 2019, p. 41). Nesse contexto, a urgência é um índice de irrupção do real como impossível de suportar, que faz surgir perplexidade e estranheza, em seu caráter de suspensão temporal. A resposta subjetiva advém *a posteriori*, quando a instauração de um antes e um depois permite a inscrição psíquica do acontecimento e a subjetivação da urgência (Seldes, 2021). Assim, em termos de irrupção e subjetivação, a urgência convoca uma perspectiva temporal no manejo clínico:

Quando assinalamos a urgência, a assim chamada subjetiva, advertimos que ela é subsidiária da dimensão temporal, tanto em seu surgimento como em sua resolução [...]

A urgência pode ser escandida no encontro com um analista, seccionada, fragmentada em momentos, em tempos lógicos<sup>36</sup> (Seldes, 2019, p. 20).

Sendo assim, o tempo possui uma função simbólica que permite tratar o transbordamento do real da angústia (Barros, 2013). Localizar as possíveis coordenadas que se relacionam com o desencadeamento da urgência caracteriza-se como uma dimensão da direção do tratamento. Trata-se de inscrever uma temporalidade que permite uma historicização do que teve valor de acontecimento traumático, o que possibilita uma saída singular para a angústia. Nesta perspectiva, para que uma urgência possa tornar-se subjetiva é imprescindível uma possibilidade de endereçamento, função que pode ser sustentada pelo praticante da psicanálise, ao ocupar uma posição de destinatário (Sotelo, 2015).

Essa escansão temporal, que permite inscrever o que teve valor de acontecimento traumático na experiência subjetiva, é o que põe em marcha a possibilidade de significação, de uma apropriação simbólica da urgência: “é o elemento temporal, a intervenção de uma escansão que permite a inserção daquilo que pode ter um sentido para o sujeito” (Lacan, 1954-5/1985, p. 355). A abertura ao tempo para compreender possibilita a emergência do sujeito da enunciação, uma vez que a função da pausa se articula à cadeia significativa. É através de uma retroação

---

<sup>35</sup> No original: “En la urgencia el significante no se articula en un decir y se verifica el efecto de mortificación que el mismo produce aislado, que impede el movimiento de representación [...]” (Seldes, 2019, p. 41).

<sup>36</sup> No original: “Cuando señalamos urgencia, la así llamada subjetiva, advertimos que es subsidiaria de la dimensión temporal, tanto en su surgimento como en su resolución [...] La urgencia puede ser escandida en el encuentro con un analista, seccionada, fragmentada en momentos, en los tiempos lógicos” (Seldes, 2019, p. 20).

precedida de intervalos significantes que o sujeito pode construir uma asserção subjetiva que o retira da suspensão temporal.

Barros (2013) acentua que a eternidade é o tempo por excelência da angústia: “o tempo na angústia equivale ao prisioneiro congelado em um eterno instante de ver, sem que haja uma parada, um ato que o saque desta condição. É o sujeito sem contorno, já que o contorno somente é possível no intervalo” (p. 107). A autora interroga, então: e se não houvesse um corte, uma parada? Sem as escansões temporais o sujeito fica capturado em um tempo sem fim, sem modulações através das quais é possível situar-se subjetivamente.

Ao retomar a questão do tempo lógico no *Seminário 11*, Lacan (1964/2008) salienta que, embora o inconsciente seja evasivo, conseguimos situá-lo numa estrutura temporal. Nesse momento de sua obra, Lacan opera uma dessubstancialização do inconsciente que, estruturado como uma linguagem, emerge como cicatriz de algo evanescente no discurso e pode ser caracterizado pelos efeitos da fala sobre o sujeito. Com seu traço pulsátil, o inconsciente oscila entre abertura e fechamento na cadeia significante: emerge no intervalo, no espaço de um lapso, no tropeço da fala e logo escapa à apreensão. O tempo lógico, segundo Lacan (1964/2008), é a estrutura escandida desse batimento da fenda:

O aparecimento [do inconsciente] evanescente se faz entre dois pontos, o inicial e o terminal, desse tempo lógico – entre um instante de ver em que algo é sempre elidido, se não perdido, da intuição mesma, e esse momento elusivo em que, precisamente, a apreensão do inconsciente não conclui, em que se trata sempre de uma recuperação lograda (p. 39).

O sujeito é, portanto, um efeito do intervalo entre dois significantes. Assim, sublinhamos, em um trabalho anterior (Almeida & Aires, 2023), que a questão do tempo lógico na urgência subjetiva possibilita distinguir entre *ruptura* da cadeia significante, que mortifica o sujeito ao impedi-lo de representar-se, e *intervalo* entre significantes. O intervalo 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, uma vez que nenhum significante encerra uma representação unívoca do sujeito. Da passagem da ruptura ao intervalo, numa cadência temporal, temos a possibilidade de um inconsciente pulsátil, ritmado, que se articula a um dizer, como tessitura<sup>37</sup>: sons e notas que se entrelaçam pelas ressonâncias dos significantes e permitem

---

<sup>37</sup> Optamos por manter uma diferença na grafia entre tecitura – que remete à articulação de fios no tear e constroem uma estrutura em tecido, uma bordadura –, e tessitura, que refere-se a um conjunto de sons e notas, de modo que, neste momento, podemos aproximar de um arranjo singular com as ressonâncias acústicas e equivocidades significantes.

bordejar a angústia: “é assim que o tempo lógico, enquanto invenção, ganha valor de ato, pelo fato de estar ligado à determinação de um começo. Trata-se de um ponto de fixação que permite organizar o sujeito” (Barros, 2013, p. 94).

Ao inscrever uma construção trinária do tempo subjetivo segundo os registros do real, simbólico e imaginário, Nominé (2019) propõe uma aproximação entre o simbólico e o passado, que existe enquanto representações organizadas em história; o imaginário e o futuro, que envolve uma existência imaginada; e o presente e o real, que escapa continuamente. Na intersecção entre presente e futuro, o autor situa o desejo e a angústia, onde se presentifica a expectativa. Entre o presente e o passado encontra-se a memória, tecida retroativamente. Enquanto isso, há uma articulação entre passado e futuro, cuja função permite hipotetizar um futuro anterior, um “teria sido”, que permite a significação do acontecimento em um só-depois. Dessa maneira, o enodamento entre essas três dimensões temporais e entre os três registros é o que constitui o tempo subjetivo, em que:

memória e esquecimento são, sem dúvida, duas faces de um mesmo processo que coloca em jogo a escrita, ou seja, uma forma de prender o significante em uma rede segundo as três coordenadas essenciais da estrutura: o Real, o Simbólico e o Imaginário, o que efetiva a escrita de uma história e faz uma seleção entre o que se passa, o que se passou e o que vai se passar (Nominé, 2019, p. 9).

Tais formulações sobre o tempo nos possibilitam distinguir algumas especificidades clínicas entre trauma e urgência. Em primeiro lugar, Nominé (2019) salienta que, no trauma, o sujeito sofre duas vezes: com a ruptura e com sua atualização. O trauma resiste à inscrição temporal e se atualiza continuamente como algo que não passa, que não se esquece, tal como ocorre na memória traumática. Trata-se, neste caso, de uma ruptura que não se inscreve enquanto acontecimento, que não passa ao estatuto de um antes e um depois, “é uma página que não se vira [...] uma página sobre a qual nada pôde ser escrito” (Nominé, 2019, p. 8). Enquanto o trauma produz um excesso de excitação que se instala no psiquismo e o *paralisa* em sua mobilidade (Birman, 2006), a urgência envolve uma *precipitação* temporal, em curto-circuito, para que o sujeito saia da certeza da angústia. A passagem da urgência para uma urgência subjetiva permite uma inscrição temporal, com a instauração de um tempo de elaboração, de modo que ela é, sobremaneira, tributária da temporalidade que, escandida, possibilita uma subjetivação (Seldes, 2019).

Com estas considerações sobre a temporalidade, passaremos ao último tópico para abordar as concepções freudianas e lacanianas sobre sintoma, que permitirão investigar como a subjetivação da urgência no tempo pode implicar a formação de sintoma.

### 3.4 Entre sentidos e acordes: notas sobre o sintoma

#### 3.4.1 Sintoma em Freud

*[...] com os olhos fechados e um sofrimento na verdade demasiado grande pressionamos os espelhos até que as palavras esquecidas soem magicamente.*

(Alejandra Pizarnik, *árvore de diana*)

As primeiras elaborações freudianas acerca do sintoma datam do final do século XIX e foram extraídas da clínica com mulheres que apresentavam sintomas no corpo sem nenhuma lesão física que os justificasse, contexto em que eram acusadas de simulação e teatralidade (Breuer & Freud, 1893/2016). Ao levar em consideração a contingência na clínica, Freud ultrapassa a ciência neurológica da época e percebe que o sintoma é portador de um sentido, revelando o que o sujeito não pode falar. Dessa maneira, estavam lançadas as bases para um corte epistemológico com a ciência de sua época, do qual mais tarde derivaria uma perspectiva inédita a respeito do sintoma: uma articulação entre o psíquico e o somático, de modo a incluir as representações, o que o retira do campo da pura atividade orgânica.

A psicanálise sempre se ocupou dos restos. Podemos dizer que um resto é o que possibilita seu nascimento e sua renovação. Assim, as questões em torno da formação do sintoma histérico, ecos na clínica do que era inapreensível pela medicina, ocuparam o centro das elaborações freudianas nesse período. A princípio, o sintoma era caracterizado pelo retorno no corpo de uma ideia incompatível que fora expulsa da consciência, acrescida de uma conversão do afeto em uma inervação somática, de modo a resultar em paralisias motoras, dores e problemas na visão, por exemplo, que estavam intimamente relacionados ao conteúdo censurado (Breuer & Freud, 1893/2016).

Em 1893, no texto *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, Freud já chamava atenção para uma carga de afeto que era investida em uma representação psíquica. Quando o afeto excedente não era eliminado por alguma via motora ou por associação psíquica, passava a ter um valor traumático e a atuar na formação dos sintomas. Nessas investigações, Freud (1893/1996) sublinha que a paralisia histérica se caracteriza por uma delimitação precisa e por uma intensidade afetiva investida na

parte do corpo em questão, de modo que poderia haver uma anestesia absoluta do braço sem o ombro ser atingido, por exemplo:

[...] a lesão nas paralisias históricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta [...]. Ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa (p. 212).

Demarca-se um interesse de Freud pela representação psíquica do corpo, para além da concepção de organismo, objeto de estudo da medicina. Nessa perspectiva, a intensidade da paralisia histérica era proporcional à quantidade de afeto investida na representação psíquica, que entrava em associação com a lembrança traumática que jazia fora da consciência. Com a descarga desse *quantum* de afeto, a paralisia cessava.

Nesta época, o tratamento consistia em recordar o conteúdo patogênico e transpor o afeto em palavras. Por conseguinte, a intensidade afetiva que alimentava o sintoma era parcialmente escoada, aquilo que havia sido recalcado era trazido para a consciência e o sintoma desaparecia, bússola clínica que tinha sua base no mecanismo de conversão atuante na formação do sintoma: “a ideia reprimida subsiste como um traço mnemônico fraco [...] e o afeto a ela arrancado é utilizado para uma inervação somática: conversão da excitação. Assim, precisamente por sua repressão, a ideia torna-se causa de sintomas mórbidos, ou seja, patogênica” (Breuer & Freud, 1893/2016, p. 284).

Em um período ainda inicial da psicanálise já se tinha pistas de que algo persistia na economia psíquica como trilha aberta à satisfação pelo caminho do sintoma. A partir de 1900, tal como o sonho, o sintoma era considerado uma realização de desejo sexual, de modo que as operações de cifração e decifração o delineavam como uma mensagem, sensível à interpretação e ao trabalho pela palavra. No entanto, ao longo do tratamento, Freud deparava-se com um ponto de resistência do sujeito em abrir mão do sintoma:

Há como que um traço conservador no caráter da neurose: o sintoma uma vez formado é conservado sempre que possível, ainda que o pensamento inconsciente nele expresso tenha perdido seu significado. Mas também é fácil explicar mecanicamente essa tendência à manutenção do sintoma; a produção de um sintoma tal é tão difícil, a tradução de uma excitação puramente psíquica para o plano físico - o que denominei conversão - depende de tantas condições favoráveis, a complacência somática requerida para a conversão ocorre tão raramente, que o ímpeto para a descarga de uma

excitação vinda do inconsciente leva a contentar-se, quando possível, com a via de descarga já transitável (Freud, 1905/2016, p. 233).

A intensidade afetiva não cede ao recalque, mas participa da formação do sintoma através de uma formação de compromisso, que, não obstante, produz um efeito de adesividade. Nessa direção, ainda que Freud (1917/2014a) sublinhe que o sintoma tem um sentido inconsciente que se relaciona com as experiências do sujeito, logo em seguida localiza o sintoma como fruto de um conflito psíquico que, embora acarrete sofrimento, funciona como um modo de obter satisfação, sendo um “derivado bastante desfigurado da realização de desejo inconsciente libidinal, *uma ambiguidade engenhosamente escolhida* [grifos do autor], com dois significados mutuamente contraditórios” (Freud, 1917/2014b, p. 389).

É possível vislumbrar que tanto a intensidade afetiva quanto a representação psíquica são atuantes na formação de um sintoma, de modo que os mecanismos inconscientes de condensação e deslocamento intervêm em sua construção (Freud, 1917/2014b), reunindo traços de diferentes conteúdos psíquicos, num jogo de substituições, combinações, elisões e deslizamentos, que produzem uma mensagem cifrada. Assim, a formação de sintoma não se dá de maneira aleatória, mas envolve uma sobredeterminação ligada a conteúdos significativos da vida do sujeito (Freud, 1917/2014a). Tais concepções, no entanto, implicam um paradoxo subjacente ao sintoma, pois ao mesmo tempo em que remete o sujeito a um enigma e a um trabalho de decifração, é também resistente ao tratamento:

[...] os sintomas neuróticos resultam de um conflito que surge em torno de uma nova maneira de satisfação da libido. As duas forças que divergiram tornam a se encontrar no sintoma, reconciliam-se, por assim dizer, mediante compromisso da formação do sintoma. Por isso o sintoma é tão resistente; ele é sustentado por ambos os lados (Freud, 1917/2014b, pp. 387-8).

A dimensão de compulsão à repetição, formulada por Freud (1920/2021) em *Além do princípio de prazer*, dá um tom para abordar a aderência ao sintoma, como uma expressão da força do recalque, que insiste em retornar e sobrepuja o princípio de prazer. Com a introdução do conceito de pulsão de morte na teoria freudiana, o princípio de prazer, guardião responsável por regular as quantidades de excitação no aparelho psíquico, é questionado em seu germen. A compulsão à repetição insiste em trazer de volta experiências que não geram nenhum tipo de prazer, de modo que chama a atenção que esta experiência anterior não venha de maneira atenuada em lembrança ou em sonho, mas como uma vivência atual. Freud (1920/2021) sublinha que tais experiências dão a impressão de um destino que persegue o sujeito e que, por vezes, encontra uma via de manifestar-se através da formação de sintoma, a exemplo dos “casos

em que a pessoa parece vivenciar passivamente algo sobre o que não tem nenhuma influência, enquanto está sempre vivenciando apenas a repetição do mesmo destino” (p. 97).

A compulsão à repetição é originária e exhibe de maneira mais pungente o caráter pulsional. Freud (1920/2021) se interroga de que maneira ocorre essa articulação entre compulsão à repetição e o pulsional e circunscreve que uma pulsão é “uma pressão inerente ao orgânico animado para restabelecer um estado anterior [...] a manifestação da inércia na vida orgânica” (p. 131). Temos, aqui, os fundamentos iniciais da pulsão de morte, ao demarcar que o inanimado marcou presença antes do vivo, de maneira que a meta da vida é a morte. Para alcançar a satisfação completa que equivale à morte, a pulsão trilha o caminho da compulsão à repetição, que envolve um conflito entre a tentativa de retorno ao inanimado e a pulsão de vida, que tenta prolongar o caminho:

Há uma espécie de *ritmo hesitante* [grifos nossos] na vida dos organismos: um grupo de pulsões precipita-se para adiante a fim de alcançar a meta final da vida o mais rápido possível; o outro grupo lança-se para trás a certo ponto desse caminho, para refazê-lo a partir de um determinado lugar e assim prolongar a duração do caminho (Freud, 1920/2021, p. 143).

Se, por um lado, a pulsão de vida busca tensões que põem em movimento uma obtenção de prazer, por outro, a pulsão de morte age discretamente, ao ter como objetivo tornar o aparelho psíquico isento de excitação. Um pouco mais adiante, em *O problema econômico do masoquismo*, Freud (1924/2022) resgata as tendências masoquistas do eu e formula a noção de um masoquismo erógeno originário, que consiste no resíduo da pulsão de morte que não pôde ser transposta para fora, e dirige sua força contra o próprio corpo. Neste momento, ele postula a libido como uma via de enfrentar a pulsão de morte, tornando-a inofensiva e, para tanto, atua desviando para fora essa pulsão destrutiva, através da musculatura. Contudo, uma parte dessa pulsão não segue essa transposição para fora e permanece no organismo, de modo que: “depois que sua parcela principal foi deslocada para fora, na direção dos objetos, permanece no interior, como resíduo, o verdadeiro masoquismo erógeno, que, por um lado, tornou-se um componente da libido, e, por outro, ainda toma o próprio ser como objeto” (p. 293). Nessa direção, se o sintoma pode atuar como uma via de obter satisfação pulsional, pode também articular-se ao masoquismo originário, de maneira que a libido atua como ponto central de aderência e impasse ao tratamento.

Posteriormente, em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/2014) reitera o caráter de satisfação do sintoma, em que um jogo de substituições opera para ultrapassar a barreira do recalque: “o sintoma é indício e substituto de uma satisfação instintual que não aconteceu, é

consequência do processo de repressão” (p. 14). Porém, como uma formação substitutiva, o sintoma encontra uma satisfação deslocada, inibida e que já não é reconhecível como tal, mas ainda assim, trata-se de uma satisfação pulsional. Portanto, o sujeito pode apegar-se ao sintoma como algo verdadeiramente caro à economia psíquica, trazendo à tona os impasses da decifração e um obstáculo ao tratamento. A partir de então, o caráter do sintoma como algo que o sujeito repete laboriosamente fica evidenciado.

Por funcionar como um retorno do recalcado, Freud aproxima o sintoma de um corpo estranho que, em muitos casos, provoca uma luta do Eu contra o sintoma. Em algumas situações, como nos sintomas histéricos, o Eu busca desfazer-se dessa estranheza a partir de uma incorporação à sua organização. Assim, a dimensão de formação de compromisso do sintoma, ao contornar um conflito psíquico ganha um adensamento, tornando-se imprescindível ao Eu: “o Eu se comporta como se fosse guiado por esta consideração: o sintoma já está presente e não pode ser eliminado; agora é necessário haver-se com esta situação e dela tirar a melhor vantagem possível” (Freud, 1926/2014, p. 21).

Ao trabalhar esse texto freudiano, Dafunchio (2013) sublinha, a partir da dimensão de corpo estranho e de formação de compromisso, que o sintoma resiste em sua extraterritorialidade. De todo modo, o sintoma funciona como uma resposta à angústia, “é uma resposta ao desencadeamento que já está sendo operado com o sinal de alerta da angústia” (Dafunchio, 2013, p. 153). Podemos encontrar essa perspectiva em Freud (1933/2010), quando destaca que a angústia pode ser substituída pela formação do sintoma, tornando-se ligada psiquicamente, isto é, quando ela deixa de ser um afeto à deriva: “parece que o desenvolvimento da angústia veio primeiro e a formação de sintoma depois, como se os sintomas fossem criados para evitar a irrupção do estado de angústia” (p. 228).

Nesse panorama, resgatamos quatro aspectos centrais das teorizações freudianas sobre o sintoma que vão subsidiar o desenvolvimento desta pesquisa, quais sejam: I – sua dimensão de singularidade, por enredar-se às experiências subjetivas; II – seu caráter de enigma, que convoca o sujeito a um trabalho de elaboração psíquica; III – seu aspecto de satisfação pulsional e compulsão à repetição; e IV – sua faceta de resposta à angústia, profícua para investigar a formação do sintoma a partir dos processos de subjetivação de uma urgência. Dessa forma, passaremos às elaborações lacanianas no tocante ao sintoma.

### 3.4.2 *Sintoma em Lacan*

*Não existem palavras de sentido igual. Mas podemos enovelá-las – e o contraste dos sons leva-lhes o sentido para outro lugar.*

(Maria Gabriela Llansol, *Inquérito às quatro confidências*)

Embora o primeiro ensino lacaniano seja marcado por um retorno a Freud, suas formulações constituem uma subversão. Ao propor o inconsciente estruturado como uma linguagem, Lacan opera uma dessubstancialização do inconsciente que dissolve as problemáticas freudianas que conotavam espacialização e interioridade (Aires, 2005). Em sua perspectiva, o inconsciente “é a dimensão em que o sujeito se determina no desenvolvimento dos efeitos da fala” (Lacan, 1964/2008, p. 147). No entanto, o inconsciente não é expresso no discurso como fala corrente. Trata-se de um hiato entre o dito e o dizer, entre enunciado e enunciação, que se produz por tropeços, por algo que se antecipa e ultrapassa o dito, de modo a surpreender o próprio sujeito. Nas palavras de Aires (2005), “o inconsciente inscreve-se dessa forma como o desconhecimento pelo sujeito da dimensão significante. Se ao falar, o sujeito supõe ser mestre do que diz, a equivocidade discursiva permite que, em sua explicitação, esse discurso diga mais do que o sujeito pretende dizer” (p. 178).

O significante marca, portanto, tudo que é da ordem do inconsciente. Dessa maneira, Lacan (1955-6/1988) estende a lógica do inconsciente estruturado como uma linguagem para a formação do sintoma, afirmando que “todo fenômeno que participa do campo analítico [...] daquilo com que lidamos no sintoma e na neurose, é estruturado como linguagem. Isso quer dizer que é um fenômeno que apresenta sempre a duplicidade essencial do significante e do significado” (p. 196). Esta subversão linguística anuncia que, no campo analítico, o significante não pretende representar um significado, visto que um efeito de significação é tecido em sua relação com outros significantes que deslizam em uma cadeia. Assim, no período inicial das elaborações lacanianas, o sintoma se resolve por uma análise languageira, uma vez que, por ser “o significante de um significado recalçado da consciência do sujeito [...] ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição” (Lacan, 1953/1998, p. 282).

Como um significante não significa nada *a priori*, são as escansões na cadeia significante, a partir dos efeitos de um corte temporal, que tornam possível a produção de uma significação. Assim, a dimensão do tempo ganha uma importância inequívoca. Como assinala Lacan (1957-8/1999), um discurso requer, além de textura e matéria, uma espessura. Em uma frase, portanto, se obtém diferentes efeitos de sentido, a depender do lugar que sobre ela incide um corte e que intervém um movimento de retroação:

O mundo dos signos funciona, e ele não tem qualquer espécie de significação. O que lhe confere sua significação é o momento em que paramos a máquina. São os cortes temporais que efetuamos nela. Se eles forem defeituosos, ver-se-á surgir ambiguidades por vezes difíceis de resolver, mas às quais se acabará, sempre conferindo uma significação (Lacan, 1954-5/1985, p. 355).

O sujeito produz recortes na bateria significante vinda do Outro e opera uma subversão linguageira, de modo que Lacan (1955-6/1988) chega a enunciar que a psicanálise deveria ser a ciência da linguagem habitada pelo sujeito. Há uma função poética do significante, passível de ressonâncias materiais, semânticas e acústicas, que testemunham um valor de tésseira da fala e circunscrevem uma dimensão de enigma, cuja decifração se dá pela significação tecida no próprio ato de enunciação. Assim, “é na cadeia do significante que o sentido *insiste*, mas que nenhum dos elementos da cadeia *consiste* na significação de que ele é capaz nesse mesmo momento” (Lacan, 1957/1998, p. 506). A significação que assim se produz, de maneira evanescente através do corpo sutil da linguagem, é o que torna possível um trânsito entre o advir e o que há de vir como enunciação.

O sintoma em sua dimensão de mensagem, para Lacan (1957-8/1999), é produto da conjunção do discurso com o significante, através da qual há um efeito de verdade a partir da posição do falante no discurso, em um endereçamento ao Outro, pois “não se trata de sentidos que estejam presentes ali, mas dos sentidos que a verdade faz surgir neles, que ela literalmente introduz” (Lacan (1957-8/1999, p. 21). Um lapso, por exemplo, não veicula em si uma significação velada, a ser descoberta. Trata-se, no entanto, de uma significação a ser construída temporalmente, no instante da enunciação:

[...] é pelo valor de significação ou, dito de outra forma, pela atribuição de um sentido à falha discursiva, que o sujeito constitui o inconsciente [na fala], cuja articulação significativa é construída no momento de sua enunciação, por meio da suposição de sentido construída sobre a equivocidade significante. Não se trata, pois, de um significado já dado e oculto à consciência do paciente (Aires, 2005, p. 180).

Esta mesma lógica preside o efeito de verdade do sintoma, a partir da posição subjetiva do sujeito na cadeia significante. Lacan (1957-8/1999) destaca que o sintoma já implica uma dimensão desejante do sujeito. Nesta direção, o sintoma como mensagem evoca um enigma que, quando transformado em questão, produz uma implicação subjetiva: o sujeito crê que o sintoma quer dizer algo. O que se coloca no sintoma é um traço ambíguo do desejo, de algo que escapa à apreensão, mas que convoca um trabalho psíquico. O sintoma se apresenta sob uma máscara, de maneira paradoxal, ao presentificar uma satisfação às avessas:

A ideia de máscara significa que o desejo se apresenta sob uma forma ambígua, que justamente não nos permite orientar o sujeito em relação a esse ou aquele objeto da situação. Há um interesse do sujeito na situação como tal, isto é, na relação desejante. É precisamente isso que é exprimido pelo sintoma que aparece, e é isso que chamo de elemento de máscara do sintoma (Lacan, 1957-8/1999, p. 337).

Dessa forma, o sintoma já funciona como uma interpretação subjetiva. Há um grito do sujeito através do sintoma (Lacan, 1957/1998), o endereçamento de algo que não pôde ser dito de outra maneira. Todavia, a escuta analítica possibilita uma outra interpretação, menos mortífera. Entre a máscara e o enigma é uma articulação simbólica que está presente, através do jogo significante, outro modo de resgatar a sobredeterminação dos sintomas já situado na teoria freudiana, em desdobramentos de sentido:

O significante só tem sentido por sua relação com outro significante. É nessa articulação que reside a verdade do sintoma. O sintoma tinha um ar impreciso de representar alguma irrupção da verdade. A rigor, ele *é* verdade, por ser talhado na mesma madeira de que ela é feita, se afirmarmos materialisticamente que a verdade é aquilo que se instaura a partir da cadeia significante (Lacan, 1966/1998, p. 235).

Além de possibilitar um efeito de verdade, o sintoma também enlaça um modo de gozo, que insiste em renovar as exigências de satisfação pulsional: “o sintoma, por natureza, é gozo, não se esqueçam disso, gozo encoberto, sem dúvida” (Lacan, 1962-3/2005, p. 140). Se nos anos 50 Lacan já assinalava o caráter de satisfação às avessas do sintoma, neste momento ele distingue o gozo como o que vai em direção à Coisa, isto é, que escapa ao significante e ao limite do princípio do prazer, de modo a conjugar satisfação e sofrimento.

Se o aproximarmos da compulsão à repetição formulada por Freud, veremos que o gozo é o que se repercute nesse circuito do sujeito às voltas com o sintoma. Lacan (1964/2008) destaca que a repetição se produz como por acaso, como um fígamento que o sujeito reencontra a todo instante, marca do real como o que retorna sempre ao mesmo lugar. A repetição aproxima-se, portanto, “do *sirgar* [grifo do autor] do sujeito, o qual puxa sempre seu trem por

um caminho de onde não pode sair” (Lacan, 1964/2008, p. 56). Dessa maneira, os impasses do tratamento são presentificados por essa dimensão de gozo que resiste à significação.

Posteriormente, em *A terceira*, Lacan interroga o que vem a ser o sentido do sintoma. Se tensionarmos o sentido, extraindo dele a dimensão de direção do sintoma, temos que “o sentido do sintoma é o real, na medida em que ele se põe de trevés para impedir que as coisas caminhem” (Lacan, 1974/2011, p. 18). Face ao real sem lei, sem lei natural que oriente o humano, o sintoma articulado à modalidade lógica do necessário – como aquilo que não cessa de se escrever –, torna-se uma lei para o sujeito, que o impele à repetição.

Nesse contexto, o sintoma é evocado a partir da figura de um peixe com um bico voraz, que só se fecha quando lhe colocam sentido sob o dente, de maneira que o sentido faz proliferar o sintoma; do contrário, ele desvanece. Nesse ponto, em termos teórico-clínicos, opera-se uma passagem dos efeitos de significação para o significante em sua equivocidade, para que seja possível despregar-se dos impasses do gozo do sintoma. Ao interrogar o que é preciso para tratar um sintoma, Lacan (1974/2011) sublinha que a interpretação opera no nível de *lalíngua*<sup>38</sup> e deve visar o essencial no jogo de palavras para não alimentar o sintoma com sentido: “é na medida em que algo no simbólico se restringe pelo que chamei de jogo de palavras, a equivocidade, a qual comporta a abolição do sentido, que tudo o que diz respeito ao gozo [...] pode igualmente se restringir” (Lacan, 1974/2011, p. 30).

Avançando na ultrapassagem da primazia do simbólico, Lacan (1975/1998) aborda, na *Conferência em Genebra*, a incidência do significante no corpo como material do sintoma. Já não se trata do significante articulado, estruturado como uma linguagem, senão sua própria materialidade, distanciada da produção de significação. É nesse contexto que ele conceitua *lalíngua*, em que a materialidade do significante e suas ressonâncias acústicas produzem, como ondas, equivocidade e funcionam como causa de gozo, melodia desligada da produção de significação, um acorde que afeta o corpo: “não é por acaso que n'alíngua, qualquer que seja ela, na qual alguém recebeu uma primeira marca, uma palavra é equívoca” (Lacan, 1975/1998, p. 7).

---

<sup>38</sup> Tradução do francês *lalangue*, neologismo lacaniano que funde o artigo definido francês *la* com a palavra *langue*. Em português há duas traduções comumente encontradas: *alíngua*, que segue formalmente a gramática vigente no Brasil, onde não existe o *la* como artigo definido, e *lalíngua*, que confere primazia à noção original de *lalangue*, para preservar “a relação preciosa com a *lalação* (*lalation*), termo da língua portuguesa que tem esta função de designar um uso muito íntimo e primeiro da língua, e que se perderia na fórmula gramaticalmente correta” (Elia, 2016, p. 220). Além disso, o *a*, quando justaposto a uma palavra, pode produzir um efeito de negação, de modo que *alíngua* poderia aludir a uma carência de língua. Como adverte Campos (2005), *lalíngua* é o oposto disso, “é antes uma língua enfatizada, uma língua tensionada pela ‘função poética’” (p. 14). Nessa direção, adotaremos neste trabalho o termo *lalíngua* como tradução para o neologismo lacaniano.

O uso que um sujeito faz da linguagem é, de modo fundante, uma elucubração de saber sobre *lalíngua*, “o mais singular da língua de cada um de nós, o núcleo íntimo de nossa relação com a linguagem” (Fari, 2014, p. 220). Assim, há um saber inscrito de *lalíngua* no simbólico e, ao ser tocado pela interpretação como equívoco, faz vacilar o sintoma, de modo que a linguagem só pode avançar ao se torcer, ao se enrolar (Lacan, 1974/2011). Na passagem de *Função e campo* (1953) para *A terceira* (1974), o inconsciente estruturado como uma linguagem continua a produzir efeitos teórico-clínicos, mas com o destaque de que, agora, *lalíngua* se imiscui nele, isto é, o inconsciente é um saber que se articula com *lalíngua*. Trata-se de um saber impossível de reintegrar pelo sujeito, uma mancha de óleo na água (Lacan, 1974/2011).

Sendo assim, a concepção de *lalíngua* dá fundamento à perspectiva de como a fala afeta o corpo, por ser nosso banho primordial de linguagem, numa mistura de mal-entendidos e fora de sentido que criam trilhamentos de gozo em que o sintoma se sustenta: “bricabraque heteróclito, *lalíngua* mistura *lalações*, fragmentos significantes, significantes-mestres, frases, entonações, sotaques [...] Assim, ela bordeja a fronteira do inarticulável” (Fari, 2014, p. 222).

Na *Abertura da seção clínica*, Lacan (1977/2001) já assinalava que a língua é chiclete. Ousamos aqui uma pequena torção para colocar, nesta virada teórica, que *lalíngua* é chiclete, há certas ressonâncias que proliferam em várias direções:

É pelo modo como alíngua foi falada e também ouvida por tal ou qual em sua particularidade, que alguma coisa em seguida reaparecerá nos sonhos, em todo tipo de tropeços, em toda espécie de modos de dizer. É, se me permitem empregar pela primeira vez esse termo, nesse *motérialisme* onde reside a tomada do in-consciente – quero dizer que é o que faz com que cada um não tenha encontrado outros modos de sustentar a não ser o que a pouco chamei o sintoma (Lacan, 1975/1998, pp. 7-8).

Assim, o sintoma é um dos arranjos possíveis para os ecos e equívocos de *lalíngua*. Chamamos atenção para o final da passagem supracitada, quando Lacan aponta o sintoma como o modo de cada um se sustentar e, por estar fundado nas ressonâncias de *lalíngua*, localizamos nele um ponto de singularidade, algo que não faz conjunto, marca de uma diferença absoluta.

Nesta perspectiva, Gerbase (2015) localiza uma singularidade da psicanálise ao sustentar que é possível fazer e desfazer sintomas com palavras. Neste campo, a palavra tem mais importância que o fato. Em sua concepção, enquanto um neurologista procura uma lesão para tratar um sintoma, “o psicanalista procura um significante [...] um enunciado performativo que venha (diz)solver o sintoma pelo dito” (p. 49). Para tanto, é preciso voltar-se para como

operam as leis da linguagem, a metáfora e a metonímia, uma vez que as equívocidades, substituições, elisões e combinações são usos que o sujeito faz do significante.

Por este motivo, Gerbase (2015) afirma que não haveria sintoma se o sujeito nascesse com acesso imediato à fala, sem passar por uma apropriação das ressonâncias significantes, que o afetam desde o nascimento e que funcionam como um aluvião de mal-entendidos, de equívocos que fundam, nos tropeços, trocadilhos e jogos de palavras, o inconsciente e também o sintoma. Isto porque os primeiros significantes não têm estatuto simbólico, a princípio, mas atuam como um fluxo fônico, que só ressoará como uma cadeia significante a partir de um ato de leitura. Delineia-se, assim, o ângulo que ancora duas vias clínicas: como se faz e se desfaz sintomas com palavras, tendo por alicerce os equívocos significantes, de modo que “é com o elemento fonológico que o psicanalista tem de jogar, incessantemente, é com o significante que o psicanalista tem de jogar necessariamente” (Gerbase, 2015, p. 27).

O tropeço e seus ecos retornam no *dizvã*, neologismo lacaniano que gera uma homofonia entre *divã* e *direvent*, que comporta *dire* (dizer) e *vent* (vento) (Lacan, 1977/2001). O que se diz ao vento ou no divã presentifica uma função poética do significante. As coisas que voam e escapam evocam que na fala e em seu tropeço se trata de elevar uma enunciação ao estatuto de acontecimento, inflexão que possibilita uma passagem do acontecimento que precipita uma urgência para um acontecimento que produz acordes<sup>39</sup>. Neste ponto, resgatamos Lacan (1957/1998): “é que ao tocar, por pouco que seja, na relação do homem com o significante, [...] altera-se o curso de sua história, modificando as amarras de seu ser” (p. 531).

Ao retomar as formulações sobre sintoma, em sua conferência *Intervention à la suite de l'exposé d'André Albert dans le cadre des journées d'étude de l'École Freudienne de Paris*, Lacan (1975/1978) destaca que o sintoma está no coração da regra fundamental. O convite à associação livre visa apontar para aquilo que o sujeito está menos disposto a falar, isto é, seu sintoma. Associar livremente é uma aposta de que vale a pena arriscar dizer, suar um pouco, fazer advir o equívoco na particularidade do dito, para que algo da singularidade possa emergir, no ponto de nó do sintoma. O sintoma consiste na injeção de significantes face ao advento do real, de modo a apontar para a particularidade da relação do sujeito com o real (Lacan, 1975/1978). O sintoma ganha forma, portanto, no dispositivo analítico, ao ponto de transformar-se em uma questão para o próprio sujeito, marcado por uma divisão subjetiva; isto é, há uma torção entre queixa e sintoma analítico. Quando marcado por uma questão, o sujeito já não se reconhece naquilo que tanto se repete em sua vida e que, por vezes, assume a aparência

---

<sup>39</sup> Chamamos atenção para a equívocidade desse significante. O uso que dele fazemos remete a uma melodia e a acordar, despertar.

de um *destino*, como alguém que se vê *destinado* a repetir. Assim, Lacan (1975/1978) aproxima o sintoma do particular para apontar que, através dele, é possível cernir o singular.

Dessa maneira, localizamos que, no percurso psicanalítico, o conceito de sintoma tem um caráter paradoxal, uma vez que suas dimensões de mensagem, gozo e singularidade estão entremeadas. Se, por um lado, o sintoma pode ser para o sujeito algo estrangeiro e parasitário, por outro pode circunscrever uma resposta do sujeito à angústia (Dafunchio, 2013). De certa forma, uma urgência se produz quando o próprio sintoma deixa de funcionar como uma saída para o sujeito, que não encontra bordas para contornar a angústia. Ao mesmo tempo, a experiência clínica indica que a subjetivação de uma urgência pode estar articulada ao sintoma em sua dimensão de enigma. Assim, pode o sintoma como uma construção singular tecer um ritmo para a urgência? Ritmo, acorde, melodia. Algo que permita ao sujeito modalizar a angústia, pois é necessário um tempo para que ela se transforme em um sintoma a ser trabalhado:

É um tempo subjetivo, o tempo que falta para que o próprio sujeito se localize no que pode dizer da experiência traumática que o tem levado à urgência. É o tempo para perguntar-se: que sou e onde estou no que digo? Quando este tempo chega a produzir-se, então o que angustiava toma a forma de um sintoma tratável<sup>40</sup> (Bassols, 2015, p. 12).

Seldes (2019) destaca que, na clínica da urgência, a direção é construir um caminho novo, uma via passível de ser elaborada através do sintoma, como forma de referendar o valor da contingência na vida de cada um. Resgatamos, então, nosso problema de pesquisa: se o sintoma não vai sem o sujeito (Bursztyn & Figueiredo, 2012), como os processos de subjetivação da urgência implicam a formação de sintoma?

Temos como hipótese que tornar uma urgência subjetiva é possibilitar que uma enunciação tenha estatuto de acontecimento, uma nova inscrição de um antes e um depois. Isto implica uma aposta na palavra, em um dispositivo psicanalítico, no ato de falar, divagar no redemoinho significante, com escansões temporais que produzem pausas e um efeito poético com *lalíngua*.

Com tais proposições, passarei à construção do caso, que permitirá cernir formulações fundamentais para o problema em investigação nesta pesquisa.

---

<sup>40</sup> No original: “Es un tiempo subjetivo, el tiempo que hace falta para que el propio sujeto se localice él mismo en lo que puede decir de la experiencia traumática que lo ha llevado a la urgencia. Es el tiempo para preguntarse: ¿qué soy y dónde estoy en lo que digo? Cuando este tiempo llega a producirse, entonces lo que angustiaba toma la forma de un síntoma tratable” (Bassols, 2015, p. 12).

#### **4 EU PRECISO QUE MEU CORPO QUEIRA VIVER<sup>41</sup>**

*O coração humano é tão delicado e sensível que sempre precisa de algum encorajamento tangível que o impeça de vacilar na sua tarefa. O coração humano é tão robusto, tão forte, que, uma vez encorajado, marca seu ritmo com uma insistência enfática e inabalável.*

(Maya Angelou, *Carta a minha filha*)

#### **Parte I – “Primeiro foi um estalo, depois um estampido”<sup>42</sup>**

Face a uma convocação a decidir sobre uma cirurgia que traria limitações para uma gestação, Emecheta teve suas referências subjetivas rompidas. Os burburinhos da morte lhe rondavam como uma ameaça iminente: vinham de um meio-dizer que circulava entre a equipe sobre o seu quadro clínico e do próprio corpo adoecido. Ela não via saídas para seu impasse, pois realizar ou não realizar a cirurgia lhe impunha grandes riscos<sup>43</sup>, o que a fazia esbarrar com uma radical ausência de garantias quando a possibilidade de um futuro acenava apenas enquanto miragem.

Emecheta fora hospitalizada devido a complicações de um adoecimento autoimune, que afetava múltiplos órgãos. A psicóloga de referência da unidade tinha como diretriz ofertar escuta clínica aos sujeitos que passariam por procedimento cirúrgico. Na ocasião, eu estava como psicóloga residente nesta unidade e pude atendê-la durante os dois meses de hospitalização. Ao me apresentar como psicóloga, Emecheta enuncia:

---

<sup>41</sup> Os títulos, trechos e significantes em itálico foram extraídos da fala do sujeito durante os atendimentos e foram assim grafados para lhes conferir destaque no texto. As intervenções que fiz durante os atendimentos estão entre aspas e demarcam uma incidência da dobradiça na posição praticante de psicanálise-pesquisadora.

<sup>42</sup> Trecho extraído do livro *No Fundo do Poço* (Emecheta, 2019).

<sup>43</sup> Havia a necessidade de uma cirurgia cardíaca de troca valvar. As válvulas possuem uma diferença de grande impacto no caso desta paciente: a válvula mecânica, que foi indicada pela equipe médica, implicava restrições, inclusive a de engravidar. A válvula biológica, por sua vez, viabiliza a possibilidade de uma gestação, contudo precisa ser trocada periodicamente e, no caso em questão, a reabordagem cirúrgica apresentava altos riscos de morte. Havia grande possibilidade de óbito durante esta cirurgia, em decorrência das especificidades que a grave situação clínica impunha. A avaliação da equipe médica sobre o quadro clínico da paciente já indicava que havia um risco de morte súbita, associado a um aneurisma de aorta, risco compartilhado com a paciente no momento de sua admissão na enfermaria. Nessa direção, tratava-se de riscos de morte que circundavam Emecheta por diferentes vias. Contudo, é quando surge o impasse referente à possibilidade de uma gestação que ela experimenta uma ruptura subjetiva.

*Ainda bem que você veio, eu tenho mesmo uma demanda para a psicóloga, porque eu preciso escolher entre a válvula biológica e a mecânica.*

Advertida de que não se tratava apenas de diferentes modalidades cirúrgicas, fiz o convite para que pudesse dizer o que se passava com ela. Desde um ponto de vista psicanalítico, receber uma demanda não implica respondê-la. Ao operar como destinatário, o analista possibilita uma articulação discursiva e uma elaboração. Nesse momento, Emecheta mostra-se paralisada por um acontecimento que irrompia com um traço inédito, ao escancarar em seu corpo o limite da vida. Sob os ruídos da morte, a urgência se presentifica como índice de irrupção do real, em seu caráter de imprevisibilidade (Decat, 1996; Sotelo, 2009).

A mão que desliza pela barriga e pelo peito. Silêncio. Recuo. Choro. Suspiro. A angústia se apresenta como afeto no corpo, distante das palavras, e implica o sujeito no mais íntimo de si (Lacan, 1962-3/2005). O que presentifica uma situação de urgência, no caso Emecheta, é a experiência de uma destituição subjetiva imposta pela falência do corpo, que implica uma impossibilidade de gerar uma descendência, e abala a posição que ela ocupava, de alguém que não podia fracassar, de ser aquela da família responsável por inaugurar uma nova geração. Seldes (2021) sublinha que a urgência é um furo no tempo que produz um desaparecimento do sujeito, uma elisão da condição subjetiva. Ao esbarrar com esse impasse, cuja roupagem inicial era a escolha pela modalidade cirúrgica, Emecheta angustia e experimenta um impedimento no tocante à possibilidade de enunciação (Seldes, 2019). Por incidir sobre o lugar do sujeito na cena do mundo, a angústia provoca uma suspensão temporal (Lacan, 1956-7/1995). Com Emecheta, foi preciso sustentar um tempo para que os significantes comesçassem a se articular em uma cadeia, até que ela enuncia:

*Como eu vou decidir uma coisa se eu não tô vivendo na situação agora? Quer dizer: eu penso em ter filho, mas essa é uma decisão compartilhada e agora eu não tenho um namorado, um marido. O modelo de família tradicional é ao qual eu me afilio. Eu não quero que esse seja mais um não.*

“Mais um não?”, intervenho.

Conta que já recebeu vários “nãos”. Localiza seu primeiro não na adolescência, quando a crise autoimune começou a surgir na sala de aula. Uma direção para a clínica da urgência é

intervir, em uma pausa lógica, com delicadas interrogações para escandir a fala do paciente (Sotelo, 2015). Assim, é possível convidá-lo a construir uma narrativa para localizar a irrupção da urgência em sua relação com os acontecimentos da vida, a fim de possibilitar uma articulação S1-S2 para que a urgência possa tornar-se subjetiva e o sujeito possa advir (Sotelo, 2009). Emecheta prossegue e diz que, com a primeira hospitalização, interrompeu os estudos e interpretou que o adoecimento lhe dizia que *não* poderia fazer uma faculdade. Apesar desse *não*, fez duas graduações. No entanto, na faculdade, outra crise a marcou: ela encontrava-se hospitalizada mais uma vez e a professora de uma disciplina lhe diz que *não* poderá lhe esperar porque não sabia se ela iria voltar. Emecheta toma esse dito como uma aposta feita pela professora em sua morte.

Ao final da última graduação, quando começaria a se preparar para uma importante etapa de sua carreira, diz, em um tom ambíguo:

*Surgiu mais uma crise que estou curtindo até agora.*

Quando destaco o significante *curtindo*, fala que tem sido difícil, não tem sequer o direito de parar, pois precisa estudar para uma prova que nem sabe se conseguirá fazer, por conta da cirurgia. Emecheta prossegue sua fala e enuncia:

*É difícil não poder escolher não ser mãe e essa questão agora vem me interpelando.*

“Qual questão vem lhe interpelando?”, interrogo.

*Como eu vou decidir uma coisa se eu não tô vivendo na situação agora? Queria ter uma filha com meus traços. Queria saber como é sentir o enjoo e o bebê chutando a barriga. Meus descendentes serão a continuidade da minha existência porque eu vou morrer.*

“Vai morrer?”, pontuo.

*Algum momento sim.*

“O que quer dizer com isso agora?”, pergunto, com um tom de voz acolhedor.

Emecheta fala sobre a pobreza da sua família, e que ela seria a geração que poderia abrir um outro caminho, mas agora se depara com essa situação e pergunta:

*Podemos ficar por aqui hoje?*

Pontuo que este é um espaço em que ela também pode falar sobre a morte e faço silêncio para ver se algo surgiria. O silêncio é continuado por ela. Seu corpo parecia afetado pelo que havia dito e pelo que persistia como indizível. Um silêncio que, naquele momento, me pareceu se tratar dos ecos do esbarrão com o impossível. Encerro dizendo que ela poderia contar comigo e que eu voltaria no dia seguinte.

Emecheta traz nesse momento de sua fala três pontos importantes: a questão sobre o morrer, sobre sua descendência e sobre sua realidade enquanto mulher negra em ascensão social. Havia escutado *Meus descendentes serão a continuidade da minha existência porque eu vou morrer* com uma ambiguidade, o que me fez apostar numa construção, via escansão temporal, de uma possibilidade de endereçamento para que algum contorno ao indizível pudesse ser esboçado. Entretanto, é importante interrogar se minha intervenção que recortou o ponto de real foi precipitada, uma vez que ainda não havia localizado o lugar que o sujeito me colocava na transferência, concebida como uma atualização da realidade do inconsciente (Lacan, 1964/2008).

Recortar o ponto sobre o morrer produziu um efeito de destacá-lo dentre as outras questões sobre a descendência e a realidade social de Emecheta. Como uma mulher branca a escutar uma mulher negra, o recorte que fiz na intervenção pode ter atualizado, para ela, uma experiência de silenciamento e colocado uma questão sobre o lugar daquela que escuta para que seja possível consentir em falar. Dias (2021) destaca a importância de abordar um lugar racializado na transferência, para problematizar o lugar de escuta do analista que, em sua formação, foi marcado por uma ideologia de neutralidade como sinônimo de rigor: “se na cena transferencial não é possível ‘tirar o corpo fora’, em que medida o analista pode, na encruzilhada, escutar as marcas coloniais, escravistas e segregadoras, tanto em sua escuta, quanto em seu lugar de saber, comparecendo com seu corpo?” (Dias, 2021, p. 71).

Nesse contexto, a última crise pressionava Emecheta a encarar as questões sobre seu lugar no Outro social, sobre o sexo, a maternidade e, de forma radical, sobre a morte. As crises autoimunes ao longo de sua vida inscreviam marcas no corpo que anunciavam a possibilidade de complicações orgânicas ao longo do tempo. Os efeitos colaterais dos corticoides inscreviam, ainda, outras marcas: as estrias na barriga, o rosto em formato de lua cheia, aumento de pelos

no corpo e as placas vermelhas na pele, principalmente quando se expunha ao sol, algo difícil de evitar quando se vive na Bahia. O tempo adiado da morte é interrompido e a questão se escancara com seu quadro clínico atual. Além do risco da cirurgia, um aneurisma que podia se romper a qualquer momento. Entre um estalo e um estampido.

## **Parte II – Interpelada. Interpelar**

A cada vez que era convocada por uma questão para a qual não tinha resposta, Emecheta sentia-se *interpelada*, significante que emergia, a princípio, em sua face opaca. Interpelada parecia surgir como marca do impasse diante do contingente e do impossível: o que, entre a vida e a morte, interpelava este sujeito? Linha tênue que, embora a colocasse como aquela que recebia uma interpelação, convocada a inventar saídas, em um giro produzia também um movimento de interpelar a alteridade, na transferência comigo e na relação com a equipe.

Um dia chego para atendê-la e ela estava lendo *No fundo do poço*, da escritora nigeriana Buchi Emecheta. Pergunto sobre o que é o livro, demonstrando interesse. Diz que é uma história que se assemelha bastante com a sua. A família da protagonista era considerada uma família-problema e ela, uma mulher negra, lutava para trabalhar e conseguir um diploma. Passa da história do livro para sua dificuldade ali no hospital. Queixa-se da internação como um confinamento, reivindica que o hospital precisa ser um local resolutivo e que os impactos do que afetam sua psiquê precisam ser amenizados. Em um momento, ao falar sobre a dificuldade de dividir o quarto com outra paciente grave, faz um lapso e troca *quarto* por *sala*. Quando pontuo esse tropeço, coloca que quis dizer quarto e que tem se sentido *abandonada, agredida e machucada*. Diz o quanto se sentiu *abalada* por continuar nesse quarto, é como se a enfermeira com quem se queixou disso não visse ninguém ali:

*Eu não tô em lugar nenhum: profissional, estudante, professora.*

“Nesse momento, você está aqui como Emecheta, me contando pontos difíceis e importantes sobre si e sua experiência”, digo.

Ao localizar que o outro não viu ninguém ali, no lugar que ela ocupava, e que sente que não está em lugar nenhum, Emecheta aponta para um duplo cruzamento: o de atualizar sua questão sobre seu lugar no desejo do Outro (Lacan, 1964/2008), em sua história singular, e, ao mesmo tempo, faz ressoar as marcas do racismo estrutural, institucional e cotidiano (Kilomba,

2019). Passa a falar sobre sentir-se *vulnerável* e aponta para a ausência do pai em sua vida. Em suas palavras, seu pai era apenas um vizinho, nunca esteve de fato como pai. Diz:

*Meu pai me abandonou, ele nunca ligou para mim ou para outros filhos, só se lhe desse dinheiro.*

“Só se lhe desse dinheiro?”, pontuo.

*Meu pai entrou comigo para pegar meus dois diplomas. Eu pensei que por ter conseguido um caminho de luz, diferente dos meus irmãos marginais, ele me amaria. Mas ele não tem amor por mim. Amor de pai não tem como pagar, a gente sempre vai ficar devendo.*

Um tempo atrás, Emecheta procurou uma psicóloga ao se deparar com a questão: *Como ser cristã se eu ainda não casei?* Fala de suas ambiguidades com a igreja e, ao mesmo tempo, reafirma que o modelo de família tradicional é ao qual ela se *afilia*. Com os impasses em torno da própria filiação, ela se afilia ao ideal de família, à igreja e à maternidade. Diz também:

*Arranjar família é fácil, basta ir à rua, achar um paquera, coabitar e ter filho. Difícil é arranjar emprego e construir a carreira... Eu devia tá preocupada com a oração<sup>44</sup>. Ô, desculpe, com a cirurgia.*

Quando pontuo a troca de palavras, testemunha de um hiato entre enunciado e enunciação, ela diz que considera a cirurgia como uma nova chance, mas que seria difícil passar por outras cirurgias ao longo do tempo. Entre abertura e fechamento, o inconsciente emerge no espaço de um lapso, no tropeço da fala e logo escapa à apreensão (Lacan, 1964/2008). Prossegue:

*Eu fui diagnosticada com depressão por um médico, mas não concordei com o diagnóstico, eu não estava estafada... da a vida<sup>45</sup>.*

---

<sup>44</sup> Em supervisão, a supervisora chama atenção para a ressonância acústica entre “oração” e “coração”.

<sup>45</sup> Tento marcar, na escrita, o tom em que diz: “Estafada... da a vida”. Dois “a’s” surgem, de modo a produzir um efeito que aponta tanto para “Estafada... dar a vida”, quando o som do “r” também pode aparecer sem valor fonético, quanto para “Estafada da vida”. Equívoco que parecia apontar para algo de uma divisão subjetiva.

“Estafada... da a vida?”, interrogo, modulando a voz para destacar os dois a’s.

Essa enunciação surge com uma acentuada equívocidade sonora. A sonoridade, nos diz Nancy (2002/2013), possui uma espessura, uma vibração, uma ondulação. Eleva-se, sobretudo, no acento, no tom, no timbre, no ruído e na ressonância. A sonoridade aparece e se desvanece, ainda que permaneça em seus ecos. Ao interrogar se a escuta seria ela mesma sonora, este filósofo aponta que escutar é, mais do que captar a mensagem, o sentido, surpreender a sonoridade. Quando pontua, Emecheta diz que, naquela época, estava triste, desesperada com a situação financeira e com as questões profissionais. Começou a trabalhar aos quatorze anos, quando sua mãe ficou desempregada e seu irmão, *que não tem problema de saúde*, nasceu. Com este fragmento, é possível situar que há um modo de um sujeito enodar realidade social e singularidade, e enunciar, em seu ritmo, em seu tom, as ambiguidades que o marcam.

Pontua que por muito tempo ficou envolvida com as questões da mãe e que na terapia começou a se separar um pouco disso, mas que ainda não havia terminado. Pergunto quais eram essas questões. Diz:

*Minha mãe não tem o pedagógico. Ela tem um complexo de se sentir a preferida de meu avô desde a infância. A presença dela me deixa vulnerável.*

“Vulnerável?”.

*Não é que minha mãe seja abusiva comigo, não é isso.*

Quando discuto o caso em supervisão, a questão da negação sobressai como um elemento importante: é a partir dos “nãos” que Emecheta pode enunciar algo. Ao elaborar sobre a negação, Freud (1925/2022) afirma que um conteúdo recalcado pode chegar à consciência sob a condição de que seja negado. A concepção de interpretação desse momento teórico indica que é preciso tomar “a liberdade de ignorar a negação e extrair o conteúdo puro da ideia que ocorreu” (Freud, 1925/2022, p. 305). Nessa direção, se retiramos a negação dos atos enunciativos de Emecheta *É difícil não poder escolher não ser mãe* e *Não é que minha mãe seja abusiva comigo, não é isso*, temos: *É difícil poder escolher ser mãe* e *Minha mãe é abusiva comigo, é isso*.

Emecheta prossegue, fala que a mãe quer dominar sua vida, embora não morem juntas há dez anos, e que não faz sentido as cobranças da mãe, pois *a maternidade é gratuita*. Pergunto como ela vinha se separando das questões da mãe. Diz que a primeira cirurgia de troca valvar foi algo que demarcou o caminho de cada uma, quando saiu de casa. Inclusive, Emecheta não havia compartilhado com a mãe a notícia da atual hospitalização, estava no aguardo do andamento do processo cirúrgico para decidir contar ou não sobre a sua situação.

É importante, ainda, destacar o contraponto entre as falas: *Amor de pai não tem como pagar, a gente sempre vai ficar devendo e A maternidade é gratuita*. Ao denunciar em sua fala o abandono do pai, Emecheta desvela a dívida paterna e, ao mesmo tempo, se coloca em dívida, como alguém que se depara com a impossibilidade de pagar pelo amor do pai. Por sua vez, o que localiza do lado de sua mãe é o excesso de controle, de demandas que não param de chegar. Diante da ausência do pai, é ela, Emecheta, quem trabalha na adolescência para ajudar no sustento da família. Tentou por diversas vias conquistar o amor do pai, que aparece na cena apenas para pegar seus dois diplomas. Na supervisão do caso, é destacada a questão sobre o lugar de Emecheta no desejo do pai, de maneira que ela passa a ocupar uma função de prótese na família, como se tentasse consertar a cena do ideal familiar. Enquanto isso, a mãe, filha preferida de seu avô, presentificava aquilo que ela não tinha: o amor do pai. Forma-se, então, a queixa de que a mãe não tem o pedagógico. Destaco estes pontos por seu entrelaçamento ao modo como Emecheta subjetiva a experiência com as cirurgias, quando situa, na primeira cirurgia, o começo de uma separação das questões maternas e, na ocasião atual, quando se refere ao caráter invasivo da cirurgia e dos ditos da mãe, algo que será abordado mais à frente.

Sobre sua experiência de hospitalização, fala sobre um desentendimento que teve com uma enfermeira durante a noite, que não havia feito a visita ao seu leito e questiona sobre como ficariam os registros sobre seu estado de saúde no prontuário. Afirma que pode participar das decisões, que não tem um quadro de demência e que é instruída. Digo que ela precisa estar incluída nas pactuações do tratamento, sim. Acrescenta que as normas e os cuidados precisam ser dialogados com ela. Fala que precisava confiar na equipe, ainda mais que iria para a UTI após a cirurgia e que estava sem acompanhante. Diz, então:

*Eu sei que você está aqui me ajudando a ressignificar, mas você não vai intervir nas questões que podem se repetir.*

Faço silêncio e pergunto: “o que pode se repetir?”.

*Sempre que estou em processo de caminhada a sombra do lúpus vem.*

“Sombra?”, recorto.

*O que me interpela não é a possibilidade de morrer, porque quando morrer acabou. O que me interpela é se eu continuar a viver, as contas não param de chegar, projetos para construir.*

Assim, embora um ponto de repetição insistisse, algo de inédito também se inscrevia e a levava a se interrogar sobre sua posição subjetiva diante da vida e da morte. Para abordar o sintoma como ato enunciativo, resgato Porge (2009) e Vorcaro (2018), quando afirmam que a psicanálise incide sobre a posição do sujeito, uma vez que o sintoma não é da ordem do fenômeno, e sim um saber insabido que concerne ao sujeito. Situo mais precisamente que o caso Emecheta convoca a pensar o sintoma em sua articulação ao significante, e também enquanto ponto de repetição, que enlaça um modo de gozo. Lacan (1964/2008) destaca que a repetição se produz como um acaso que o sujeito reencontra a todo instante, marca do real como o que retorna sempre ao mesmo lugar. O sintoma concebido em sua dimensão de metáfora é produto da conjunção do discurso com o significante, em que há um efeito de verdade a partir da posição do falante, em um endereçamento ao Outro (Lacan, 1957-8/1999). Tal dimensão do sintoma evoca um enigma que, quando transformado em questão, produz uma implicação subjetiva. Neste caso, um enigma começa a ser esboçado quando Emecheta circunscreve sua relação com o que acontece em seu corpo a partir de um ponto de repetição. Ela se vê *interpelada*, com uma sombra que aparece a cada vez que está em processo de caminhada: interpelada diante da vida e, desta vez, entre a vida e a morte.

Nessa direção, para discutir sintoma, faço um entrelaçamento de tais atos enunciativos de Emecheta ao significante *curtindo*, mencionado anteriormente. Este significante, articulado à modalização de sua fala e à significação que ela constrói, ressoa em tom de ambiguidade: curtir parece apontar, simultaneamente, para a experiência de padecer de algo ao longo de um tempo e para o que Lacan (1966/2001) define como gozo, que presentifica uma perturbada relação do sujeito com o corpo, ao conjugar satisfação e sofrimento. Em suas palavras:

Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo [...] aquilo que chamo gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar

toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada (Lacan, 1966/2001, p. 12).

Vimos no decorrer deste trabalho que o sintoma se apresenta sob uma máscara, de maneira paradoxal, ao presentificar uma satisfação às avessas (Lacan, 1957-8/1999). Vale salientar que o sintoma, tal como localizo na construção deste caso, não é o adoecimento, a crise autoimune *per si*, mas um andaime significativo (Lacan, 1964/2008) que o sujeito constrói diante da irrupção do real, que nomeio aqui de urgência, e que se apresenta tanto pela via das crises autoimunes quanto dos burburinhos da morte, algo que escapa radicalmente ao sentido. Esta concepção é atualizada por Lacan (1975/1978), quando destaca que o sintoma consiste na injeção de significantes no real, isto é, há um excesso de sentido que funciona enquanto uma defesa contra o real. Dessa maneira, no caso Emecheta, o sintoma aparece como uma ancoragem significativa que a permite iniciar uma subjetivação do que acontece em seu corpo como irrupção do real, “o que faz com que cada um não tenha encontrado outros modos de sustentar a não ser o que a pouco chamei o sintoma” (Lacan, 1975/1998, pp. 7-8). Desde a teorização freudiana, vemos que o sintoma funciona como uma resposta à angústia, tornando-a ligada psiquicamente (Freud, 1933/2010). Assim, no caso Emecheta o sintoma cumpre uma função de saída para a deriva da angústia, a partir de um aparelhamento significativo.

Todavia, essa ancoragem do sintoma não deixa de lado seu caráter paradoxal, visto que ele também presentifica um modo de gozo, com suas exigências de satisfação pulsional (Lacan, 1964/2008). A teoria freudiana já ressaltava a existência de uma compulsão à repetição, que insiste em trazer de volta experiências que sobrepujam o princípio de prazer, dando a impressão de um destino que persegue o sujeito (Freud, 1920/2021). Como uma formação substitutiva, o sintoma encontra uma satisfação deslocada e inibida, que já não é reconhecível como tal, mas ainda assim, trata-se de uma via de satisfação pulsional que se repete laboriosamente (Freud, 1926/2014).

No caso Emecheta, quando o sintoma é posto sob transferência, há um giro do *interpelada* ao *interpelar*. Discuto este ponto na supervisão, onde é possível circunscrever que, quando Emecheta aponta que não vou intervir nas questões que podem se repetir, ela me interpela. O lugar que ela me coloca na transferência começa, portanto, a ser esboçado: o de alguém que ela possa interpelar para consentir em abordar algo do real, alguém que a ajude a suportar a balança entre a vida e a morte. Lacan (1967/2003, p. 253) formula o matema da transferência da seguinte maneira:

**Figura 2.***Matema da transferência*

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s(S^1, S^2, \dots, S^n)}$$

Recuperado de Lacan (1967/2003, p. 253)

Na primeira linha, temos o significante da transferência  $S$ , significante de um sujeito, que se dirige a um significante qualquer do analista, de modo a constituir a transferência imaginária. Sob a barra, na segunda linha, temos o sujeito  $s$  em sua relação com a produção de saber inconsciente a partir do deslizamento significante, via endereçamento a um sujeito suposto saber inconsciente, na vertente da transferência simbólica. O sujeito suposto saber é uma construção enganosa, de maneira que Lacan (1967/2003) adverte: “é claro que, do saber suposto, ele [o analista] nada sabe” (p. 254). No entanto, trata-se de um engano fundamental para que uma análise aconteça, pois concerne ao lugar imputado ao analista pelo analisante. Na urgência, há algo inadiável para o sujeito, de modo que “observamos na prática a rapidez com que se instala a transferência em situações de urgência, e quando esta se instala o sintoma se situa no espaço da cura” (Decat, 1996, p. 15).

No caso Emecheta, é possível deduzir que algo da transferência se estabelece pela via da interpelação a partir de seus efeitos, que podem ser circunscritos no momento em que o inconsciente emerge como efeito da fala, em seu caráter pulsátil de abertura e fechamento (Lacan, 1964/2008). Sendo assim, torna-se explícita uma distinção entre a crise autoimune, como fenômeno no corpo, e o sintoma endereçado enquanto ato enunciativo, que se presentifica através da fala, se articula à repetição e funciona como resposta do sujeito ao real; isto é, na psicanálise não há sintoma sem sujeito (Bursztyń & Figueiredo, 2012).

Sob transferência, o sintoma ganha forma no dispositivo psicanalítico até transformar-se em uma questão para o próprio sujeito. Quando ocorre uma torção da queixa ao sintoma analítico, o sujeito já não se reconhece naquilo que tanto repete em sua vida e que, por vezes, assume a aparência de um destino (Lacan, 1975/1978). Quando Emecheta enuncia *O que me interpela é se eu continuar a viver*, algo de uma inquietação, de um enigma começa a se esboçar. Ver-se interpelada diante da vida apontava para o que há de mais real (Lacan, 1974/2011), que a convocava a uma invenção, algo a ser construído com as marcas contingentes que se inscreveram, ainda que convivesse com a sombra do lúpus. A questão é que, neste momento, Emecheta se via interpelada entre a vida e a morte.

### Parte III – Indecidível tempo

Havia um meio-dizer entre a equipe e Emecheta sobre o risco da cirurgia<sup>46</sup>. Chegou seu aniversário e, em conjunto com uma amiga, Emecheta fez uma comemoração na enfermaria. A vida seguia, ainda que duvidosa. Os efeitos da presença de Emecheta também afetavam a equipe: como dizer sobre os riscos da cirurgia para aquela mulher que reivindicava acesso à internet para se preparar para um importante exame profissional que se aproximava, que tinha fotografias com amigos ao lado do leito, que vivia acompanhada de livros e queria ter uma filha com seus traços? Emecheta parecia superinvestir na vida como uma defesa contra a morte. Enquanto isso, o tempo da cirurgia se aproximava e tornava a alargar-se. Havia uma data marcada, mas entre a espera do material e as férias do cirurgião, uma nova data ficou em suspenso. Emecheta dizia que os médicos iam apenas lhe dizer *blá blá blá* e coloca: *É muito difícil médicos e juízes exercitarem a neutralidade.*

Emecheta passa a demandar a presença do cirurgião que iria lhe *cortar*. Destaco este significativo, e ela acrescenta:

*Cortar, abrir meu peito. Meu corpo vai ser invadido. Invasão é quando nossas defesas são destruídas e eu sou uma paciente lúpica.*

Na supervisão, fui advertida de que era importante perguntar de que ela estava tentando se defender. Quando ela volta a falar desse ponto, coloco a questão e ela diz:

*Não quero que a cicatriz passe informações para os outros, informações que remetam às lembranças ruins. Não quero que a cirurgia deixe uma marca em meu decote.*

A cicatriz se apresentaria ao olhar do outro antes mesmo que ela pudesse dizer algo, de modo que parecia antecipar aquilo que era estrangeiro para ela mesma. Um corpo invadido. Defesas destruídas. Uma cicatriz intrusa. Quando aquilo que é mais íntimo e familiar e, ao

---

<sup>46</sup> Nos diálogos com os profissionais que acompanhavam Emecheta, em momentos pontuais na enfermaria e nas sessões clínicas multiprofissionais, era nítido o pesar da equipe e a preocupação quanto ao prognóstico. O cirurgião que iria lhe operar era considerado de excelência, mas deparava-se com um impossível, pois quando se tratava da cirurgia que Emecheta precisaria fazer, os pacientes dificilmente sobreviviam. Ainda que ela convocasse os médicos, especialmente o cirurgião, para abordar as questões em torno do procedimento, os médicos encontravam dificuldades em explicitar o risco. Em conjunto com minha preceptora foi possível apontar a importância de Emecheta saber o que implicava cada modalidade cirúrgica e qual a indicação como equipe médica, para que ela pudesse participar da decisão.

mesmo tempo, desconhecido e inquietante, se apresenta fora do enquadramento, a angústia advém como afeto que não engana (Lacan, 1962-3/2005).

Durante a supervisão deste caso, fui advertida de um entrelaçamento entre o invasivo e o infamiliar que se põe aqui e demarca uma diferença entre aquilo que é invasivo para a medicina e o que é invasivo para um sujeito, em sua singularidade. Tais distinções se ancoram em diferentes concepções de corpo. Na medicina, o invasivo incide sobre o corpo-organismo, por meio de instrumentos cirúrgicos, na tentativa de reparar um problema. Apreendido como corpo-máquina, o corpo é considerado pelo discurso médico como puro organismo e abordado, sobretudo, nas condições de adoecimento. Enquanto isso, o caso Emecheta aponta que o invasivo para um sujeito toca aquilo que é mais infamiliar (Freud, 1919/2020). Além disso, entra em jogo uma concepção de corpo que envolve uma operação psíquica constituída a partir do enlaçamento entre os registros do real, simbólico e imaginário (Aires, 2014; Souza, 1983/2021).

As noções de corpo engendradas pela psicanálise não fazem equivaler corpo, organismo e materialidade corpórea, essa “matéria que nos constitui e nos limita” (Aires, 2022, p. 33). Embora o ser humano nasça com um conjunto de órgãos e sistemas biológicos, não nasce com um corpo. Como destacado por Souza (1983/2021), o corpo “não é um dado natural: é algo que se constrói, algo que se inventa” (p. 155). Como um sinal do real, um afeto que escapa à imaginarização e à significantização (Lacan, 1962-3/2005), a angústia pode abalar a crença do sujeito de que tem um corpo e testemunha, de forma radical, o que do corpo escapa à apreensão. Com isso, a questão da disjunção entre corpo e sujeito, que ficava velada ou, ao menos, atenuada no cotidiano, pode aparecer de maneira abrupta e deixá-lo desnorteado.

A produção enunciativa de Emecheta, quando aponta que uma cirurgia não incide apenas no corpo-organismo, permite articular o invasivo para um sujeito, o infamiliar e o intruso: “O intruso me expõe excessivamente. Ele me extruda, ele me exporta, ele me expropria” (Nancy, 2000/2008, p. 27). Em *O intruso*, Jean-Luc Nancy narra sua experiência com um transplante cardíaco e circunscreve o estrangeiro como aquilo que dilui as fronteiras entre interior e exterior:

Não é que me tenham aberto, hiante, para trocar de coração. Mas é que esta hiância não pode ser fechada de novo. (Aliás, como cada radiografia mostra, o esterno está costurado com pedaços de fio de ferro retorcidos). Estou aberto fechado. Tem uma abertura por onde passa um fluxo incessante de estrangeiridade (Nancy, 2000/2008, p. 21).

Para Nancy, havia um outro coração intruso em seu corpo, um corpo que já não correspondia a uma relação harmônica, quando uma anterior intrusão do real implicou a falência

do próprio órgão, de modo a presentificar um funcionamento do organismo que ultrapassava aquilo que o sujeito era capaz de apreender. O transplante produz a intrusão de um corpo estrangeiro no pensamento, uma exigência de trabalho psíquico para subjetivar esse acontecimento: “meu coração tornou-se meu estrangeiro: justamente um estrangeiro porque ele estava dentro. A estrangeiridade não devia vir de fora senão, por ter, de saída, surgido de dentro” (Nancy, 2000/2008, p. 8).

Para Emecheta, a cicatriz era um nó que conjugava os impasses que advinham de seu esbarrão com o real. Durante o atendimento, ela deixa a roupa aberta, passando a mão pela barriga e diz:

*Eu tenho essas cicatrizes... ô... estrias, que não foi nem de gravidez ou porque engordei, foi por causa do corticoide.*

As cicatrizes, as estrias, as náuseas e as dores remetiam à gravidez – algo que ainda não aconteceu, e deveria acontecer –, mas, em contrapartida, testemunhavam o caminho da falência do próprio corpo. Em *Sobre estar doente*, Virgínia Woolf assinala: “o dia inteiro, a noite inteira o corpo intervém; se embota ou se aguça, se ruboriza ou empalidece [...]” (p. 21). O estrangeiro adensa o nó, a partir do que Nancy (2000/2008) destaca:

O estrangeiro múltiplo que faz intrusão na minha vida [...] não é outro que a morte, ou antes a vida/a morte: uma suspensão do contínuo de ser, uma escansão na qual ‘eu’ não tem/tenho muito o que fazer. A revolta e a aceitação são igualmente estrangeiras à situação. Mas nada que não seja estrangeiro (Nancy, 2000/2008, pp. 14-5).

Nos dias anteriores à cirurgia, Emecheta diz estar muito cansada, com enjoo, insônia e enxaqueca. Assinala que os sintomas lembram o rompimento da aorta e diz:

*Eu me sinto agredida pela minha mãe. Ela pensa que o lúpus é uma consequência das minhas escolhas. Eu não estou doente, isso faz parte da minha vida.*

“Como?”.

Fala que desde a adolescência passa por crises e hospitalizações, assinala as complicações orgânicas que vinha sofrendo desde então, os efeitos dos medicamentos e os impactos em sua vida. No caso Emecheta, vemos que o invasivo toca o corpo, a partir do modo como ela subjetiva a cirurgia, a cicatriz e os ditos da mãe. Vale lembrar que a primeira cirurgia

de Emecheta foi seu marco do início de uma separação com as questões da mãe que, como ela aponta, não havia terminado.

Em supervisão, a relação de Emecheta com o invasivo é trabalhada e a supervisora considera uma passagem do acontecimento à experiência na direção do tratamento: “a clínica psicanalítica é essa que (...) constrói o caminho para a subjetivação, que eleva o acontecimento, passível de ser descrito, ao estatuto de uma experiência que produz saber singular” (Moretto, 2019, p. 59). Para Emecheta, uma nova cirurgia atualizava uma separação que não é toda, uma vez que as demandas maternas não paravam de chegar.

A cirurgia se aproximava, e ela diz:

*Eu preciso que meu corpo queira viver, queira voltar.*

Durante a cirurgia, ela estaria anestesiada, com o sangue em circulação extracorpórea, o peito aberto, o corpo invadido e as defesas destruídas, como havia situado. Com a possibilidade de ruptura da condição subjetiva, Emecheta experimenta, neste momento, a angústia que advém da suspeita de se ver reduzida ao corpo (Lacan, 1974/2011). A fala de Emecheta aponta para uma disjunção entre corpo e sujeito, algo que, por vezes, funciona à revelia do desejo, quando a falência do corpo-organismo, em seu limite, destitui o sujeito. A angústia, assim concebida, abala a ilusão de que se tem um corpo e presentifica, de maneira inconveniente, aquilo do corpo que escapa à apreensão.

Emecheta relata que, em outra cirurgia, chegou a arrancar o tubo na UTI, mesmo anestesiada. Uma tentativa, talvez, de subsistir à invasão do corpo. Um corpo que já havia sido atacado por crises autoimunes, invadido por substâncias, intervenções cirúrgicas e pelas palavras de outras pessoas, ao ponto da questão sobre que vida vale a pena viver insistir nas entrelinhas. Assim, Emecheta pergunta se pode falar para a equipe que já arrancou o tubo em outra ocasião. Digo que poderá conversar com a equipe sobre o que desejar e que continuarei lhe acompanhando na UTI. Ela agradece e diz que quer dormir.

Chega, finalmente, o momento da cirurgia. Pela dificuldade, precisou demorar mais do que o previsto. Nesse tempo, em que o sangue estava em circulação sanguínea extracorpórea, alguns coágulos foram criados. Emecheta teve AVC grave, ficou na UTI por alguns dias, mas não resistiu<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Destacamos a duplicidade de que não foi possível resistir à cirurgia e à invasão do corpo.

#### 4.1 Emecheta, uma mulher negra em ascensão social

Na construção do caso, vimos que a noção de encruzilhada possibilitou problematizar a escuta clínica, colocando a psicanálise em implicação com outros saberes. Para Dias (2021), a encruzilhada se configura diante do enigmático, a despeito do saber do analista, para que seja possível inventar frestas diante desse desconhecido-estranho-familiar e, por meio delas, dirigir o tratamento. Em sua concepção,

Encruzilhada não é labirinto, em que ficamos sem saída; ela é, ao mesmo tempo, ponto de chegada, de encontro e convívio das diferenças e seus saberes, assim como um caminho de possibilidades em que esperamos o inesperado, pautado na dimensão da imprevisibilidade, do inacabado, que se contrapõe ao projeto totalitário de domínio colonial (Dias, 2021, p. 70).

Assim, a encruzilhada desvela os impasses que advêm do racismo e que emergem na clínica, de modo a convocar os analistas à construção de uma clínica antirracista. David, Villas-Bôas e Moreira (2021) afirmam que a encruzilhada configura um lugar de decisão, de possibilidade, entroncamento, conflito, de impasse e de perigo, uma vez que “as trilhas do inconsciente nos levam sempre para um lugar de impasses” (p. 76). Ao abordar os impasses da clínica psicanalítica em contextos de desamparo social e discursivo, Rosa (2018) realça que, para que haja escuta, é preciso “romper com o pacto de silêncio do grupo social a que pertencemos e do qual usufruímos” (Rosa, 2018, p. 48). A autora resgata a proposição lacaniana de que o inconsciente é político para formular a noção de psicanálise implicada, que se refere a uma clínica do sujeito no laço social. Nesse sentido, este tópico visa discutir uma dimensão sociopolítica do sofrimento, decantada da construção do caso, a partir da experiência de Emecheta como uma mulher negra em ascensão social.

Souza (1983/2021) investiga a experiência de ser negro na sociedade multirracial brasileira, que possui uma estrutura racista sustentada pelo tripé do *continuum* de cor, pela ideologia do embranquecimento e pelo mito da democracia racial. Uma sociedade estruturada pelo racismo, ao pautar-se numa ideológica hierarquia racial que coloca a branquitude como referência, produz uma anulação das manifestações distintas da ordem branca e, portanto, nega as referências negras. Nesse contexto, as possibilidades de aceitação são proporcionais à aproximação da brancura e dos ideais brancos. O argumento de Souza (1983/2021) aponta que, para tornar-se gente, reconhecido no campo social branco, o negro responde positivamente ao apelo da ascensão social e adota o branco como modelo de identificação: “não possuindo uma

concepção positiva de si mesmo, o negro viu-se obrigado a tomar o branco como modelo de identidade ao estruturar e levar a cabo a estratégia de ascensão social” (p. 47).

O apelo à ascensão social que, neste contexto, equivale ao branqueamento (Aires & Tavares, 2021), e que apresenta o custo da negação das próprias referências, implica, ainda, uma divisão entre o próprio sujeito e sua rede social e afetiva: “o meio negro se dividia: de um lado ficavam aqueles que se conformavam com a ‘vida de negro’ e, do outro, os que ousavam romper com o paralelismo negro/miséria” (Souza, 1983/2021, p. 50). No caso Emecheta, vemos uma ambiguidade entre, por um lado, sustentar, nos lugares em que passava, as marcas de sua identidade, pela literatura, pela estética, pelas reivindicações dos seus direitos como filha, como mulher negra, como jovem profissional e como sujeito no processo saúde-doença-cuidado e, por outro, adotar como ideal o modelo branco de família e religião<sup>48</sup>. Contudo, vemos, com Emecheta, um reconhecimento de sua posição como mulher negra em ascensão social, isto é, um sujeito que possui uma leitura de seu lugar social que carrega os marcadores de gênero, raça e classe. Nessa posição, ela tenta inaugurar um novo caminho na família, numa perspectiva geracional: uma mulher negra que faz parte da primeira geração de sua família que acessou a Universidade, que queria gerar uma filha com seus traços e gerar, assim, uma nova descendência sociopolítico-econômica. A relação de Emecheta com a ascensão social é entrelaçada a uma demanda de reconhecimento. Todavia, ela rompe com a equivalência entre ascensão social e branqueamento, ao afirmar seu lugar entre o social e o singular a partir de suas referências. Assim, é possível afirmar que seu modo de se inscrever no laço com o outro durante a hospitalização repercute a recusa de uma posição de sujeito reduzido ao corpo ou destituído de seu corpo (Aires & Tavares, 2021).

Ao abordar, em uma perspectiva psicanalítica, a constituição do sujeito, Souza (1983/2021) demarca a necessidade de que haja um modelo, o ideal do ego, para que um sujeito se estruture psiquicamente. O ideal do ego é marcado pelo simbólico, pelo lugar no discurso e, assim, é fortemente constituído pelos ideais dominantes. Ao discutir a atualidade do pensamento de Neusa Santos Souza, Aires e Tavares (2021) sublinham que esta psicanalista sustentava a indissociabilidade entre o coletivo e o singular, ao demarcar a constituição de uma experiência subjetiva em um dado contexto social, numa articulação entre corpo, eu e Outro social. Nessa direção, o argumento de que o inconsciente não tem cor é destituído, uma vez que não se trata da cor de uma instância psíquica, mas de como o significante “cor negra” circula em um dado contexto sociopolítico (David, Villas-Bôas & Moreira, 2021).

---

<sup>48</sup> Cabe salientar a influência da presença massiva das igrejas evangélicas em vários contextos brasileiros marcados por vulnerabilidades sociais.

Nesse sentido, se cada sujeito é impelido à realização do ideal do ego, que sempre vacila, para a pessoa negra uma impossibilidade se acentua, ao esbarrar com um ideal do ego branco: “para o negro, entretanto, ser o melhor, a despeito de tudo, não lhe garante o êxito, a consecução do ideal. É que o ideal do ego do negro, que é em grande parte constituído pelos ideais dominantes, é branco. E ser branco lhe é impossível” (Souza, 1983/2021, p. 73). Esse ideal inalcançável produz uma ferida narcísica que marca, de maneira fundamental, a particularidade do sofrimento psíquico das pessoas negras no Brasil. Aires e Tavares (2021) chamam atenção para uma dimensão perversa dessa alienação forçada aos ideais brancos, marca social do Outro brasileiro, ao ponto de que “a vivência de exclusão é cotidiana, pois quanto mais o Eu se fizer de acordo com um modelo branco, mais o corpo é odiado por não responder a esse mesmo modelo em sua materialidade” (p. 65).

Emecheta fazia parte de uma geração e contexto social em que a afirmação das identidades negras vinha conquistando espaço e imprimindo movimentos contra-hegemônicos. Quando Neusa Santos Souza (1983/2021) escreveu *Tornar-se negro* havia um contexto de negação radical, de modo que não havia no campo social uma identidade negra que o sujeito pudesse afirmar ou negar, em sua história singular. Entretanto, o argumento da autora de que ser negro não é uma condição dada, mas um vir a ser, de que ser negro é tornar-se negro, continua a produzir ressonâncias em nosso contexto atual, pois embora haja uma contra-hegemonia, uma presença de referenciais negros e uma luta pela garantia de direitos, há, ainda, diversas manifestações do racismo no país.

Kilomba (2019) circunscreve três concepções de racismo que predominam atualmente: o racismo estrutural, que produz exclusão das pessoas negras da maioria das estruturas sociais e políticas, e privilegia o acesso de pessoas brancas; o racismo institucional, que enfatiza um tratamento desigual nas operações cotidianas nas diversas instituições educativas, de saúde, de mercado de trabalho, justiça, etc., mais uma vez colocando em vantagem as pessoas brancas; e o racismo cotidiano, que abrange todo o arcabouço simbólico que situa as pessoas de cor como o Outro, o diferente, e que produz um acúmulo de experiências de violência: “toda vez que sou colocada como ‘Outra’, estou experienciando o racismo, porque eu não sou ‘outra’. Eu sou eu mesma” (Kilomba, 2019, p. 80). Nesse sentido, ainda é atual a proposição de Souza (1983/2021) de que ser negro é:

Tomar consciência do processo ideológico que, através de um discurso mítico acerca de si, engendra uma estrutura de desconhecimento que o aprisiona numa imagem alienada, na qual se reconhece. Ser negro é tomar posse dessa consciência e criar uma nova

consciência que reassegure o respeito às diferenças e que reafirme uma dignidade alheia a qualquer nível de exploração (p. 115).

Construir uma identidade negra é uma tarefa eminentemente política, afirma Souza (1983/2021), que exige romper o modelo branco e criar as condições para construir feições próprias, de modo a transformar a história individual, coletiva, social e psíquica. Nesse ponto, ao ler nas entrelinhas a obra desta psicanalista, Aires e Tavares (2021) destacam uma postura crítica diante da equivalência entre ascensão social e branqueamento. Tornar-se negro não é situar-se como o negativo do branco, mas envolve um processo político, coletivo e singular de subjetivação de cada pessoa negra no laço social: “se faz necessário que o negro possa se afirmar como *um* e não em paralelo, em comparação, em negativo ou qualquer outra posição que mantenha a hegemonia branca como referencial e o negro como outro da cultura” (Aires & Tavares, 2021, p. 66).

#### **4.2 O que me interpela é se eu continuar a viver: escutar o sujeito, construir o sintoma**

Uma das proposições lacanianas centrais para esta pesquisa é a de que o sintoma ganha forma no dispositivo analítico e, a partir dele, é possível para o sujeito circunscrever uma questão (Lacan, 1975/1978). Para tanto, é preciso fazer advir o equívoco, a enunciação, para que algo da singularidade possa emergir. Neste tópico, enlaço algumas noções sobre a escuta do sujeito para abordar a hipótese de que a subjetivação da urgência no tempo pode implicar a formação do sintoma.

Ao tratar da escuta, o filósofo Jean-Luc Nancy (2002/2013) resgata a etimologia de orelha. Do latim *auris*, está presente na primeira parte do verbo *auscultare*, prestar ouvidos, de onde advém o escutar. Se considerarmos que, no contexto do qual surgiu esta pesquisa, o do hospital, a ausculta e a escuta se fazem presentes, de maneiras bem distintas, interrogamos aqui, do que se trata propriamente escutar um sujeito. Se a ausculta envolve o uso do estetoscópio para examinar os sons gerados por um órgão e sua semiologia, quando tratamos da escuta de um sujeito está em questão, especialmente, colocar o sentido entre parênteses e jogar com a equivocidade, com o ritmo, com a ressonância. Quando Nancy (2002/2013) aponta que escutar é surpreender a sonoridade, traz uma provocação:

É porventura necessário que o sentido não se restrinja a fazer sentido (ou de ser *logos*), mas que além disso ressoe [...] Estar à escuta é sempre estar na borda do sentido, ou em um sentido de borda e de extremidade, como se o som não fosse de fato nada mais que

essa borda, essa beira ou essa margem [...] como sentido ressonante, sentido cujo *sensu* supõe-se encontrar na ressonância (p. 163).

Nancy (2002/2013) também aponta que é justamente na diferença do sentido, ou seja, no hiato, que se produz a condição da ressonância. Há, assim, algo de um ritmo e de um tom irreproduzíveis, algo que testemunha o real da clínica e um impossível de transmitir. Na sutileza de abordar a escuta e a sonoridade, Nancy (2002/2013) também dedica algumas proposições sobre o ritmo, que não é senão “o tempo do tempo, o pulsar do próprio tempo na batida de um presente que o apresenta separando-o de si mesmo, liberando-o de sua simples *estância* para fazer dela *escansão* (ascensão, elevação do pé que escande) e *cadência* (queda, passagem pelo batimento)” (p. 169 [grifos do autor]). Há palavras que precisam passar pela voz para produzir ressonância. É o que testemunham também Castello Branco e Sobral (2022) quando circunscrevem o rumor da língua como um método para escutar na fala do sujeito algo que tem a ver com o inarticulado, com o real. A própria origem da palavra “palavra” vem de *mutum*, um som privado de sentido, um murmúrio composto pela repetição da sílaba *mu* (Nancy, 2002/2013). Escutar a sonoridade, portanto, é estender as orelhas em presença de um ruído, de algo que não entra no encadeamento, mas que se deixa escutar, para fazer soar<sup>49</sup> de outro modo a diferença, o dissonante.

Nessa perspectiva, escutar, por exemplo, a equivocidade e a sonoridade de *estafada... da a vida* possibilitou propagar uma ressonância que escapa ao sentido e que pôde produzir, *a posteriori*, reverberações. Assim, no caso Emecheta, podemos cernir três enunciações que ensaiam movimentos para uma passagem clínica, via *escansão* temporal:

I – *estafada... da a vida;*

II – *Sempre que estou em processo de caminhada a sombra do lúpus vem;*

III – *O que me interpela é se eu continuar a viver.*

Da primeira à segunda enunciação, vemos o sintoma enquanto excesso de sentido se adensar e inquietar o sujeito (Lacan, 1975/1978). Da segunda à terceira, vemos uma operação de cernir um ponto em torno do qual gravita o caso, em que o sujeito é interpelado, sobretudo, pelo inextricável nó entre a morte e o real da vida. Emecheta era interpelada a reinventar algo com as contingências, a se confrontar com a transitoriedade da existência e com a questão sobre o que, de sua vida, se transmitiria geracionalmente. Com isso, é possível apontar que consentir em ser interpelada pela vida já é, de certo modo, uma posição desejante.

---

<sup>49</sup> O *sonare*, soar, segundo Nancy (2002/2013), não pode ser separado do *sussurrus*. O soar opera como “luzir”, ou como “sentir” no sentido de liberar de um odor e, ainda, como “apalpar”, tocar em pequeno movimento rápido e repetido.

A vida, marcada pelo acaso, é o que há de mais real na experiência humana, como afirma Lacan (1974/2011). Se, como concebemos, uma urgência advém de um esbarrão com o real que produz um curto-circuito temporal, é possível afirmar que um percurso analítico pode ser precipitado por uma urgência. Há sujeitos que chegam à análise pela irrupção do real. No entanto, como assinala Seldes (2019), mesmo “uma psicanálise não é sem urgências, no início, no final, enquanto dura. Sem elas os analisantes podem adormecer<sup>50</sup>” (p. 11). Em certos casos, quando do acaso na vida se recorta a contingência de um encontro analítico, a direção do tratamento pode possibilitar a construção de um sintoma que tenha estatuto de enigma, de questão para o sujeito.

Brodsky (2014) assinala que o sintoma só ganha contornos clínicos quando é impossível de suportar. Até que isso aconteça, o sujeito se vira com o sintoma no circuito da repetição, ainda que dele se queixe. Por sua vez, o sintoma analítico implica o real enquanto matéria-prima para a qual o sujeito é convocado a inventar bordas. Assim, um sintoma clínico, que pode vir a ser um sintoma analítico, advém quando os enlaces subjetivos anteriores não se sustentam e os índices do real irrompem como algo impossível de suportar, tal como nesta pesquisa localizamos a urgência. Neste ponto, a enunciação de Emecheta *O que me interpela é se eu continuar a viver* dá o tom para a discussão. O real da vida interpela o sujeito, exige torções e reviramentos para fazer brotar, do impossível, um novo arranjo. O sintoma clínico, nessa perspectiva, é uma solução encontrada pelo sujeito para tratar o real como impossível de suportar e que pode, numa torção, transformar-se em sintoma analítico, ao implicar o sujeito.

Seldes (2021) sublinha que, ao operar na função de destinatário da urgência, o analista está advertido dos rincões do sentido como defesa contra o real sem lei. Por outro lado, um dos pontos em jogo na direção do tratamento da ruptura temporal é “produzir algum significante que ponha o tempo novamente em movimento, para que o passado possa existir como tal” (Seldes, 2021). Isto é, localizar um acontecimento e instaurar um antes e um depois possibilita inscrever uma temporalidade que retira o sujeito da eternização da angústia.

Para aproximar o dizer e o acontecimento, Nominé (2019) resgata o neologismo lacaniano *dit-mensions*, que, em francês, conjuga “dimensões” e “moradas do dizer”, dimensões do espaço habitado pelo ser falante. Assim, falar de *dit-mensions* implica o dizer e, logo, o acontecimento: “alguma coisa para de não se inscrever e faz acontecimento” (Nominé, 2019, p. 7). Nessa direção, é possível que uma enunciação ganhe estatuto de acontecimento e produza novos arranjos subjetivos.

---

<sup>50</sup> No original: “Un psicoanálisis no es sin urgencias, al inicio, al final, mientras dura. Sin ellas los analizantes pueden adormecerse” (Seldes, 2019, p. 11).

No caso Emecheta, a princípio, o sintoma pode ser concebido como excesso de sentido frente à urgência, índice de irrupção do real (Lacan, 1975/1978). Sob transferência e numa cadência temporal, passa a endereçar sua fala, de modo a circunscrever um enunciado repetitivo a cada vez que esbarrava com o real: *Sempre que estou em processo de caminhada a sombra do lúpus vem*. A dimensão de enigma começava a se formar ao ver-se interpelada entre a morte e o real da vida. Contudo, a passagem do sintoma como excesso de sentido ao sintoma como uma questão foi interrompida com sua morte.

#### **4.3 *Eu preciso que meu corpo queira... voltar: além da interrupção, uma escrita do luto***

O que dizer sobre o impossível da morte que se insinua com seus ruídos no corpo? De outro ângulo, daquele de quem testemunha alguém na descontinuidade entre a vida e a morte, interrogo: como sustentar uma ética da singularidade nos casos em que a possibilidade da própria morte aparece de maneira incontornável para o paciente? Para abordar tais questões, resgato alguns apontamentos psicanalíticos, filosóficos e literários que tocam a transitoriedade e a morte, para construir litorais que permitam uma escrita do luto. Assim, é possível transformar, via construção do caso, um ponto de interrupção em um *point de capiton*, um ponto de estofa, para que algo de um impossível se transmita. A escrita do luto é um procedimento nomeado por Aires (2020b), ao realçar o modo como o escritor português Valter Hugo Mãe tece, em sua escrita, uma inscrição das perdas por meio de um labor com as palavras:

Para cada momento, algumas palavras e, a todo o momento, o silêncio. Diante do silêncio, uma palavra insiste, um simples endereçamento que rompe com o vazio, que inclui o outro por evocá-lo em sua ausência. A palavra é, então, meio, modo de acesso ao outro, mas também fim em si mesmo: forma de expressão que relança a vida (Aires, 2020b, p. 182).

Construir um caso via escrita possibilita fazer o luto de uma lógica transferencial (Fender, 2018) e cernir pontos opacos que o analista pode emoldurar e dar um destino, pontos que tocam o impossível do real da clínica. Nessa direção, começo pelos aportes psicanalíticos em torno da morte e da transitoriedade.

Em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*, escrito durante a Primeira Guerra Mundial, Freud (1915/2010) afirma que, nesse contexto, o acúmulo de mortes abala nossa ilusão de imortalidade, nos força a acreditar que a morte existe e marca sua presença de forma tão constante, que já não pode ser considerada apenas um acontecimento fortuito. O registro da existência no tempo não é, portanto, infinito. Contudo, esse abalo se dá de maneira lateral, uma

vez que, no argumento freudiano, representar a própria morte é algo inconcebível; quando o fazemos, ainda estamos como observadores numa cena que permite um enquadramento. O fundamento para esta afirmação encontra-se no funcionamento do aparelho psíquico, em que o sistema inconsciente não registra a negação, isto é, se a ausência de vida não pode ser representada, há uma crença inconsciente na imortalidade.

Tal proposição encontra um paradoxo em uma formulação teórica posterior, a de que a pulsão de morte é central no funcionamento psíquico (Freud, 1920/2021). Em vistas disso, como pode a morte, que escapa à representação, ser, ao mesmo tempo, a meta de toda vida? Uma saída para esse impasse pode ser circunscrita quando resgatamos a atuação silenciosa da pulsão de morte, que resiste à representação. Seu exercício se dá a ver pela compulsão à repetição, que escapa ao sentido e busca tornar o aparelho psíquico isento de excitação. Assim, há um ritmo hesitante entre a pulsão de vida, que tenta prolongar o caminho, e a pulsão de morte, que visa o retorno ao inanimado.

Nesse entremeio, entre o terror da guerra e a morte como direção inexorável de todo organismo vivo, Freud (1916/2020) se interroga sobre o destino determinante da transitoriedade. Ao se deparar com um jovem poeta que, pessimista e resignado perante a caducidade da natureza e das coisas, não se deixava alegrar pelo belo, Freud o contesta e evoca a imagem de uma flor que, embora brote apenas numa única noite, não se torna menos suntuosa. Pelo contrário, “a limitação das possibilidades de fruição eleva sua preciosidade. Considero incompreensível que a ideia da transitoriedade do belo possa perturbar nossa alegria diante dele” (Freud, 1916/2020, p. 222). Nessa direção, se produz uma justaposição entre transitoriedade e finitude temporal. O caráter evanescente do belo, porém, é o que produz um novo encanto, quando aquilo que se desvanece cede espaço a uma nova beleza, como se vê na passagem dos anos na vida humana. Assim, transitoriedade e contingência se articulam: ambas demarcam uma fugacidade, uma temporalidade que acarreta um fim, um hiato que se relança e faz soar e ressoar os fragmentos que ali se inscreveram. A promessa de um fim é, portanto, o que possibilita a fruição.

Em um salto que articula duas extremidades de um fio esgarçado<sup>51</sup>, podemos localizar em Lacan (1974/2011) um apontamento sobre a incidência da transitoriedade como caminho para o desejo. Nesse momento teórico, a morte é situada no registro simbólico, que, enquanto crença, instaura seu anúncio no horizonte e produz um efeito de precipitação que pode colocar

---

<sup>51</sup> Referência aos cortes epistemológicos entre Freud e Lacan que incidem, sobretudo, na concepção de inconsciente, como abordado no terceiro capítulo desta dissertação. No entanto, embora com descontinuidades, os autores tecem com o mesmo fio, a desfiar e des[a]fiar: o da psicanálise.

o desejo em movimento. Essa dimensão da morte como uma crença já havia sido antecipada por Lacan (1972) na *Conférence à Louvain*:

A morte é uma questão de fé. Você tem toda a razão em acreditar que vai morrer, é claro; isso o sustenta. Se você não acreditasse nisso, poderia suportar a vida que tem? Se você não estivesse solidamente baseado na certeza de que tudo acabará, poderia suportar essa história? Mas é apenas um ato de fé; o pior de tudo é que você não tem certeza<sup>52</sup> (Lacan, 1972, p. 4).

Essa crença restrita ao humano – único ser vivo advertido da morte por construir uma inferência lógica através da morte de outros – é o que, paradoxalmente, inaugura a vida. Se o tempo se eterniza, a monotonia advém. É preciso alguma borda, alguma escansão, para que a fruição aconteça. Mas o que acontece quando, intempestivamente, a própria morte se anuncia no corpo?

Em *Vivo até a morte*, Paul Ricoeur (2007/2012) interroga: o que é possível dizer da própria morte? Como fazer o luto de um querer-existir após a morte? Ao esboçar considerações que tocam o morrer como acontecimento, o autor situa um tempo de finar, de terminar. Tempo e narrativa se conjugam em suas formulações, ainda quando marcados por um descompasso. O caso Emecheta me conduziu à leitura de Ricoeur para interrogar o limite de narrativizar a própria morte, principalmente quando o curso da vida é marcado por uma interrupção. A morte, embora anunciada em seus ruídos, surpreende Emecheta quando ela se via convocada a investir na vida e inaugurar um novo caminho geracional. Embora a experiência de adoecimento lhe acompanhasse há quase duas décadas, as crises e hospitalizações anteriores eram marcadas por um retorno para a sua casa, para o percurso nos estudos, para a vida que a interpelava. O que a última crise autoimune instaura de inédito é a presença definitiva de uma descontinuidade entre viver e morrer. A inevitável falência do corpo e o recurso às tecnologias em saúde a lançavam numa dúvida radical. Desta vez, se via interpelada entre a vida e a morte de maneira mais inequívoca, quando o próprio corpo anunciava seu limite, mais além dos ditos da professora numa hospitalização anterior.

A descontinuidade entre viver e morrer culminou numa interrupção, quando algo do momento de concluir não se fez. Durante a escrita desta dissertação, quando comecei a construir o caso, levei o primeiro relato para discutir em supervisão. Nesse momento, quando estou a

---

<sup>52</sup> No original: “La mort est du domaine de la foi. Vous avez bien raison de croire que vous allez mourir bien sûr; ça vous soutient. Si vous n’y croyez pas, est-ce que vous pourriez supporter la vie que vous avez? Si on n’était pas solidement appuyé sur cette certitude que ça finira, est-ce que vous pourriez supporter cette histoire; néanmoins ce n’est qu’un acte de foi; le comble du comble, c’est que vous n’en êtes pas sûr” (Lacan, 1972, p. 4).

falar dos embaraços da equipe com o risco de morte da paciente, sou surpreendida pelo significante “velar”, quando enuncio: “a equipe tentava *velar* a morte”. A equivocidade desse significante me surpreende no próprio ato da enunciação. Velar apontava para mascarar, esconder algo que insistia em marcar presença e, concomitantemente, para o ato de velar alguém morto. Percebo que me coloco como parte da equipe, afetada pela morte de Emecheta, pela interrupção de sua vida.

Dessa maneira, convoco a alteridade da literatura para tornar possível um mais além da interrupção, ao situar-me numa posição de sobrevivente, de quem pode narrar alguns efeitos de tal descontinuidade (Ricoeur, 2007/2012). Recorro à literatura por dois motivos: em primeiro lugar, como praticante da psicanálise, ao me deixar ensinar pelo caso e seguir o fio inaugurado por Emecheta, quando tomava a literatura em sua companhia na hospitalização e, em segundo lugar, como pesquisadora que aposta na literatura como uma via de *abordar* o impossível e que, agora, encontra eco numa epistemologia da escrita do vivo<sup>53</sup>, uma maneira de resistir à invasão do real e do mortífero: “o vivo talvez venha a ser aquilo que suporta a morte, sem, contudo, sucumbir a ela” (Castello Branco & Sobral, 2022, p. 100). Nesse caminho, escrita do luto (Aires, 2020b) e escrita do vivo se articulam e ecoam a proposição freudiana de que não deixamos de ver, junto à morte, a vida (Freud, 1933/2010).

Resgato de *Notas sobre o luto*, da escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie, a seguinte passagem de quando a autora narra sua experiência singular com o luto pela morte do pai durante a pandemia de COVID-19:

O luto é uma forma cruel de aprendizado [...] Aprende quanto do luto tem a ver com palavras, com a derrota das palavras e com a busca de palavras. Por que sinto tanta dor e tanto desconforto nas laterais do corpo? É de tanto chorar, dizem. Não sabia que a gente chorava com os músculos. A dor não me causa espanto, mas seu aspecto físico sim: minha língua insuportavelmente amarga, como se eu tivesse comido algo nojento e esquecido de escovar os dentes; no peito um peso enorme, horroroso; e dentro do corpo uma sensação de eterna dissolução. Meu coração me escapa – meu coração de verdade, físico, nada de figurativo aqui – e vira algo separado de mim, batendo depressa demais num ritmo incompatível com o meu. É um tormento não apenas do espírito, mas também do corpo, feito de dores e perda de força. Carne, músculos, órgãos, tudo fica

---

<sup>53</sup> No Seminário Diários de Escrita (2022), parte do projeto “Intervenções Bárbaras: o ensino como ato poético”, Simone Moschen esboça algumas considerações sobre o vivo: I) há uma articulação e uma desarticulação entre o vivo e a vida, de maneira que a vida é algo que se recorta do vivo; II) o vivo é tudo que resta de uma vida; e III) há reverberações do que se passou enquanto vida no vivo e que, tendo passado, continua a se passar.

comprometido. Nenhuma posição é confortável. Passo semanas com o estômago embrulhado, tenso e contraído de apreensão, com a certeza sempre presente de que alguém mais irá morrer, de que mais coisas irão se perder (Adichie, 2021, p. 14-5).

Ao reler esse trecho, lembro-me, em um deslizamento, da experiência de Emecheta durante a hospitalização: um coração que lhe escapa, as náuseas constantes que, a um só tempo, remetiam à crise autoimune, à gravidez e ao luto enquanto ideia da morte como agonia antecipada (Ricoeur, 2007/2012). Como conceber o luto quando está em jogo a própria morte?

Em *Transitoriedade*, Freud (1916/2020) situa o luto como um grande enigma. Embora, diante da perda de um objeto, a libido possa ser reinvestida em um objeto substitutivo ou voltar-se para o eu, chama sua atenção que o esvaziamento da libido em relação aos objetos perdidos seja um processo tão doloroso no luto. Assim, em *Luto e melancolia* Freud (1917/2022) define o luto como um trabalho psíquico diante da perda de uma pessoa querida, de um ideal ou de uma abstração que venha em seu lugar. Não se trata da perda de qualquer objeto, mas de um objeto que tem para o eu uma importância reforçada por milhares de conexões. Nesse ponto, é possível localizar que o caráter de singularidade de um objeto implica que há certa impossibilidade de substituição, há algo de inelutável<sup>54</sup>. A interrogação que inaugura este tópico persiste, então: como se dá o trabalho de luto quando se anuncia a perda da própria vida? Como fazer um luto do ideal de querer existir após a morte?

De início, para Emecheta, se impôs o luto pelo ideal da maternidade pela via da gestação e de não poder gerar, no mundo, uma filha com seus traços. Ainda assim, ela continuava a investir na vida, embora, ao mesmo tempo, enunciasse algo do morrer, seguido de um indizível: *Meus descendentes serão a continuidade da minha existência porque eu vou morrer*. Silêncio. Ou: *Eu preciso que meu corpo queira viver, queira voltar*. Interrupção. Entre silêncio e interrupção, o indizível insiste, uma vez que a morte não é uma experiência vivida, não há vivência para a própria morte, como aponta Ricoeur (2007/2012).

Vimos que um dos traços da urgência é sua dimensão de corte temporal (Seldes, 2019; Sotelo, 2015). Ao ser interpelada pela ideia da própria morte, Emecheta já havia esbarrado com o real. Quando passa da angústia a um endereçamento, como uma via de elaboração simbólica, que se apresenta sob transferência como interpelação da praticante, ocorre um curto-circuito temporal em que o momento de concluir não se faz. Emecheta manteve-se em um tempo de suspensão durante a sedação na cirurgia e a intubação na UTI, até que a morte a fixou fora do

---

<sup>54</sup> Resgato uma acepção desta palavra assinalada por Ana Costa no XIII Encontro Outrarte, em que se refere ao inelutável como aquilo contra o que não se pode lutar e aquilo com o que não se pode fazer luto (Costa, Vorcaro & Leite, 2022).

tempo. Assim, diante da interrupção, fui impelida a concluir, como analista praticante, a partir da construção do caso.

Ao se debruçar sobre a ideia da morte como agonia antecipada, Ricoeur (2007/2012) a situa como um futuro anterior, quando o poder morrer de amanhã situa-se na mesma esfera do poder já-estar-morto de amanhã. A balança entre viver e morrer, presentificada pelo semi-dizer de Emecheta e pelas considerações da equipe sobre seu quadro clínico, em articulação com as formulações de Ricoeur (2007/2012), me fazem interrogar: na dobradiça praticante da psicanálise-pesquisadora, como sustentar uma posição de testemunho de alguém na descontinuidade entre viver e morrer, numa dimensão ética que considera o sujeito como ainda vivo?

Ao situar o morrer como acontecimento, Ricoeur (2007/2012) constrói uma sutil e fundamental distinção entre o moribundo, o ainda vivo e sua relação com a alteridade. Esta distinção está ancorada na relação entre alguém na experiência de antecipação do morrer e sua imagem em relação ao olhar do outro: como o outro vê a pessoa interpelada pela ideia da própria morte? Quais os efeitos da relação com a alteridade para a experiência de antecipação do morrer? Na perspectiva deste filósofo, considerar a pessoa interpelada pela própria morte como moribundo é tratá-lo como logo-morto. Nesse sentido, na temática desta pesquisa, estar diante de alguém interpelado sobre a morte numa experiência de adoecimento e considerar esse alguém como moribundo pode implicar em uma via de reconhecimento que produz aprisionamento discursivo (Aires, 2022). Disso decorre uma negação do processo de subjetivação e das ancoragens construídas para bordejar a avassaladora irrupção do real. Por outro lado, Ricoeur (2007/2012) sublinha que alguém que se vê interpelado pela ideia da morte como agonia antecipada é alguém ainda vivo, mesmo que agonizante, de maneira que “o que ocupa a capacidade de pensamento ainda preservada não é a preocupação com o que existe depois da morte, mas a mobilização dos recursos mais profundos da vida para continuar se afirmando” (p. 13). Emecheta encontrava-se em um movimento de balança, ao antecipar a morte, mas também ao antecipar a vida, que a interpelava.

Do ângulo da alteridade pode haver, portanto, uma posição de espectador que se antecipa ao já-morto, o que pode produzir efeitos violentos para um processo de subjetivação e, em contraponto, há uma posição ética, atinente à capacidade de acompanhar a luta do agonizante ainda vivo, vivendo até a morte (Ricoeur, 2007/2012, p. 16). Em outro apontamento, este autor afirma que “um morrer não acompanhado torna o moribundo indiscernível da própria morte” (Ricoeur, 2007/2012, p. 19). Neste ponto, resgato a relação entre alteridade e reconhecimento simbólico por parte do Outro que, se desde o início da constituição do sujeito

tem uma importância para conferir um estatuto humano ao *infans* e seu corpo (Aires, 2014), também na antecipação do morrer intervém como testemunha de que, ali, houve uma vida e há um vivente na experiência de descontinuidade entre viver e morrer.

Chamo atenção, ainda, para a função da alteridade, que, ao reconhecer o agonizante como ainda vivo, sustenta um olhar ético que presentifica, para uma equipe de saúde, por exemplo, que há, ali, um sujeito, que não se trata apenas de mais um procedimento cirúrgico de alto risco sobre um órgão. No giro entre o interpelada e o interpelar, Emecheta me convocava, na transferência, a estar advertida dessa posição ética e de sustentar tal posição frente à equipe, quando diz que os impactos do que afetavam sua psiquê precisavam ser amenizados. Na descontinuidade entre viver e morrer, esta interpelação parece, por um lado, um pedido de que a ajudem a sobreviver e, por outro, um pedido de que a ajudem a atravessar a morte, algo que ecoa a ambiguidade assinalada por Freud (1926/2014), entre um medo da morte e um medo pela vida. Tal ambiguidade é também sublinhada por Nancy (2000/2008): “isolar a morte da vida, não deixar uma intimamente trançada com a outra, cada uma fazendo intrusão no coração da outra, eis aqui o que nunca se deve fazer” (p. 13). Assim, Emecheta convocava a alteridade em seu processo de subjetivação da urgência como índice de irrupção do real.

Em um artigo intitulado *To Die One's Own Death*, que discute a morte no contexto da pandemia COVID-19 em articulação às formulações freudianas sobre o luto, Jacqueline Rose (2020) questiona o que resta da vida subjetiva quando o mundo ao redor se torna demasiado cruel. Sublinha que a guerra e a pandemia desnudam a mente e “partilham a capacidade bruta de sufocar o nosso repertório psíquico. Por um segundo, e mesmo que apenas na mente do público, fazem a dor parecer pura” (Rose, 2020<sup>55</sup>). Para abordar o caso Emecheta, acrescento mais diretamente que a ideia antecipada da própria morte também produz tal efeito de desnudamento e implica, além de sua descendência, a sua ascendência: “trazemos nossos ancestrais atrás de nós, o que significa que, embora possamos morrer nossa própria morte, também morremos em nome de outros que existiram antes de nós” (Rose, 2020<sup>56</sup>). Assim, uma outra questão colocada por Rose (2020) também nos serve de apoio: tal desnudamento psíquico deixa espaço para o luto? De modo mais específico, agora trançando os fios de Freud (1915/2010), Ricoeur (2007/2012), Rose (2020) e Emecheta, interrogo: o que se pode dizer da

---

<sup>55</sup> No original: “They share a brute ability to smother our psychic repertoire. Just for a second, and if only in the public mind, they make grief seem pure” (Rose, 2020).

<sup>56</sup> No original: “We bring our ancestors trailing behind us, which means that, while we may die our own death, we also die on behalf of others who were there before us” (Rose, 2020).

própria morte quando sua possibilidade se apresenta de maneira proeminente e implica um desnudamento psíquico?

Virginia Woolf, que também vivenciou um contexto de guerra e pandemia no século XX, escreveu o ensaio *Sobre estar doente*, em que aborda a precariedade subjetiva diante da doença, precariedade que advém, em primeiro lugar, de um limite da linguagem em nomear uma experiência. Em suas palavras:

[...] há ainda a pobreza da língua. O inglês, capaz de expressar os pensamentos de Hamlet e a tragédia de Lear, não tem palavras para o calafrio e a dor de cabeça [...] basta um padecente tentar descrever sua dor de cabeça para o médico que a língua seca. Não há nada pronto à sua disposição. Ele se vê obrigado a cunhar palavras por conta própria, e, tomando numa das mãos a dor e na outra um naco de puro som (como talvez tenha feito o povo de Babel no princípio), os amassa de tal modo que dali brote uma palavra novíssima (Woolf, 1930/2021, pp. 24-5).

Temos, assim, um nó entre o inelutável da própria morte e a precariedade subjetiva e da linguagem que, em seu limite, circunscreve o impossível do real. Diante do impossível e do limite da linguagem enquanto produtora de significação, há um espaço para invenção, tal como nos aponta Woolf (1930/2021), ao final do trecho supracitado. Inventar uma palavra não necessariamente é inventar uma nova grafia, mas refere-se também a pôr em movimento algo de um dizer capaz de bordejar o real. No caso Emecheta, penso que o significante *interpelat* tinha essa função. Significante opaco, esvaziado de significação em sua fala, mas que entrava em jogo a cada vez que ela era surpreendida por uma irrupção do real.

Na posição de praticante da psicanálise e pesquisadora, a fim de construir uma passagem do ponto de interrupção a um *point de capiton*, um ponto de estofo, fiz recurso à literatura para tecer uma escrita do luto (Aires, 2020b), uma das vias de bordejar o indizível e de transmitir o impossível do real da clínica. Escrita, memória e luto se enlaçam: “eis o nó: trabalho da memória é trabalho do luto”, diz Ricoeur (2007/2012, p. 36). Este nó repercute o paradoxo de escrever, que permite lembrar e também esquecer. Vimos que o que suscita uma construção de caso clínico é o que ressoa como ponto de real, que gera enigma, produz um empuxo à escrita e impele o analista a uma elaboração, a abordar o que se coloca fora da cena, indizível, mas que pede palavra (Aires, 2018). Construir um caso via escrita é, portanto, dar um destino ao impasse e dele extrair um saber que se transmite, a fim de contribuir para a teoria da clínica psicanalítica e fazer ressoar o que há de impossível *de* transmitir e de impossível *a* transmitir (Porge, 2009; Vorcaro, 2019).

Resgato a epígrafe deste capítulo, uma passagem de *Carta a minha filha* em que Maya Angelou toca o ritmo do coração. Escolho esta epígrafe como uma homenagem a Emecheta. O ritmo existe porque há pausa. Assim, tocar o ritmo é dar um outro destino ao ponto de interrupção. Permite, também, circunscrever o que Emecheta deixou de reverberação a partir de seus traços, embora lhe tenha sido impossível gerar uma filha. Este trabalho é uma aposta de que algo ecoe entre a escrita e o leitor.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU... ENTRE SOM E CENTELHA

*Pudesse esse ser o destino de cada um, amadurecer assim o coração. De percussão a instrumento de sopro. Ensaïar uma melodia até o fim [...] Quando não existíssemos, estaríamos suficientemente no som. Bastaria o som para impedir que a morte fosse tão exagerada [...] a morte seria só bonita. Uma coisa de ouvir, contra o silêncio insuportável.*

(Valter Hugo Mãe, *A desumanização*)

*Nunca o mundo [...] pôde suspender o trajecto de um relâmpago.*

(Maria Gabriela Llansol, *Onde vais, Drama-Poesia?*)

A escrita de cada capítulo desta dissertação inscrevia um ponto, uma consideração fragmentária para ensaiar um fim. Talvez daí venha minha dificuldade em passar às considerações finais, pois o que mais escrever após tantos rastros inscritos? O tema das urgências subjetivas e o método de construção do caso clínico insistem em minha formação desde o começo. Ao tentar circunscrever o que, de cada caso, me impelia à escrita, os efeitos da contingência e do real da clínica emergiam como ponto que impulsionava uma teorização, para dar um destino a um impasse. Nesse circuito, os diferentes momentos da escrita presentificam algo impossível de se escrever, mas que continua a exigir contornos (Costa, 2001). Assim, necessidade e impossibilidade se conjugam, em paradoxo.

Para bordejar um fim nesta dissertação, gostaria de recorrer à imagem do curso de um raio, no intuito de abordar a urgência e suas reverberações, com rupturas e tecituras possíveis. Entre som e centelha, entre trovão e relâmpago, o raio liga e separa a tempestade do por'vir. Há a incidência de algo que passa de maneira fulgurante, busca alguma superfície de inscrição e produz rasura. De sua passagem, ficam restos, detritos, fragmentos. Um oco, um eco. Por outro lado, na temporalidade do curso de um raio, há também o clarão do relâmpago, capaz de, em um instante, despertar. Assim, embora seja impossível impedir a irrupção de um raio e calcular

seus efeitos, há margens que, *a posteriori*, possibilitam uma borda e, por vezes, um novo uso da contingência.

Evoco esta imagem para resgatar o modo como clínica, acaso e contingência se articulam de maneira fundante através do *clinamen* (Leite, 2018). Há algo que corta, separa, des[a]fia, se inscreve em um instante, escapa e reverbera. Ficam os restos que caem de uma contingência, que, não raras vezes, atira o sujeito ao impossível do real e demarca um impasse na clínica e na teoria. Quando desse arranjo se produz uma precipitação temporal em curto-circuito, que sobrepuja as vias de elaboração, temos uma situação de urgência para um sujeito (Seldes, 2019; Sotelo, 2015). Assim, no hiato entre rupturas e tecituras, o objetivo desta pesquisa foi investigar o sintoma como construção singular na subjetivação da urgência.

Adotamos a concepção psicanalítica de urgência como um índice de irrupção do real, um corte na experiência subjetiva que faz vacilar as bússolas do sujeito que serviam para orientá-lo na vida, cujo processo de subjetivação pode ocorrer através da presença do analista, ao instaurar um tempo para compreender que permita um trabalho psíquico de elaboração (Sotelo, 2009). Designar a urgência como índice de irrupção do real, ou, se quisermos, enquanto a incidência de um raio, demarca o caráter de imprevisibilidade com efeitos incalculáveis que ecoam, para cada sujeito, numa lógica temporal própria.

Discutimos a concepção de clínica da urgência como um dispositivo de subjetivação, que viabiliza, numa cadência temporal, a construção do sintoma em sua dimensão de enigma (Costa & Costa-Rosa, 2018; Sotelo, 2015). Da irrupção à subjetivação, a urgência convoca uma perspectiva temporal no manejo clínico, para construir uma passagem da *ruptura* da cadeia significante, que produz mortificação, a um *intervalo* entre significantes, que possibilita um advento do sujeito (Almeida & Aires, 2023). Trata-se de localizar o que teve estatuto de acontecimento, a fim de instaurar um antes e um depois, para, assim, colocar o tempo em movimento e possibilitar uma saída da eternização da angústia (Seldes, 2021).

Uma urgência torna-se subjetiva quando encontra uma via de endereçamento, de modo que o analista ocupa uma posição de destinatário, para que os significantes, lapsos, atos falhos ou aquilo que testemunha uma abertura do inconsciente não seja rapidamente descartado, sem extrair consequências que possibilitem um novo enlace subjetivo. É por uma intervenção do analista que o traço singular do sujeito pode ser cernido numa situação de urgência, ao extrair, dos ditos, um dizer. Assim, a noção de clínica da urgência como dispositivo implica uma aposta de que as palavras tenham algum efeito no real (Seldes, 2019). Nesse contexto, os modos de acolhimento da urgência dependem da concepção de sintoma, de maneira que a presença do analista possibilita que os significantes do sujeito possam emergir como sintoma em sua

dimensão de enigma, pois as marcas, vestígios do que teve valor traumático, formam um sintoma desde que haja uma operação de leitura por parte do sujeito (Miari, 2021).

No dispositivo de subjetivação da urgência em contexto hospitalar, não raro testemunhamos sujeitos com uma pressa em dizer coisas que, de outro modo, poderiam nunca ser ditas, isto é, há algo singularmente inadiável a ser circunscrito (Decat, 1996). Nesse entremeio, tendo reconhecido o efeito avassalador que o esbarrão com o real acarreta, é possível localizar um empuxo para uma resposta subjetiva: frente ao impossível, uma invenção. Há uma precipitação temporal que, se por um lado produz um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir, por outro, quando mediada por uma pausa, eleva uma enunciação ao estatuto de acontecimento, através da qual o sujeito advém. Nessa direção, uma urgência subjetiva é uma via de inaugurar uma experiência diferente com a palavra (Seldes, 2019).

O caso Emecheta permitiu abordar o caráter paradoxal do sintoma na subjetivação da urgência. Se, por um lado, o sintoma se articula à repetição, por outro, funciona enquanto ato enunciativo, uma ancoragem significativa que possibilita, no dispositivo analítico, uma resposta frente à irrupção do real, de modo a começar a transformar-se em questão para o próprio sujeito. Com isso, embora a psicanálise trabalhe numa modificação do estatuto do sintoma ao longo de um tratamento, não se trata de produzir um sujeito sem sintoma (Soler, 1998). Pelo contrário, a construção do sintoma analítico implica o real enquanto matéria-prima para a qual o sujeito é convocado a inventar bordas.

Em um primeiro momento, para Emecheta, o sintoma como injeção de significantes no real (Lacan, 1975/1978) possibilitava bordejar a angústia e subjetivar a urgência. Seu trabalho de elaboração vai até o ponto em que, inquietando-se com o adensamento de um ponto de repetição, vê-se interpelada pelo real da vida, que a convocava a reinventar algo com a contingência e a passar da impotência ao impossível (Lacan, 1974/2011). Contudo, o impossível retorna de maneira radical com sua morte, de modo a interromper sua elaboração subjetiva e a presentificar, em ato, o real da clínica que insiste. Com essa interrupção, a construção do caso clínico foi uma via encontrada para transmitir o real da clínica e diluir uma lógica transferencial (Fender, 2018).

O prefixo *trans*, presente na palavra *transmitir*, alude a deslocar, propagar, ir além de. Esta alusão permite interrogar o *trânsito* da enunciação do sujeito na clínica à escrita do analista, o que permite relançar algumas questões: por que escrever em psicanálise? Qual a função do analista entre as invenções singulares de cada sujeito e a transmissão da clínica psicanalítica? Nas discussões teórico-metodológicas, vimos que os efeitos da contingência e do real da clínica podem vir a produzir um empuxo à escrita (Aires, 2018), que impele o analista a uma

elaboração, para dar um destino ao impasse e dele extrair um saber que se transmite, ao ressoar o que há de impossível *de* transmitir e de impossível *a* transmitir (Porge, 2009).

Assim como a urgência requer uma intervenção do analista para tornar-se subjetiva, destacamos que é preciso uma operação teórico-clínica para passar do acaso ao *há caso*. Para tanto, cernir, na escrita, a dimensão de uma dobradiça na posição do analista-pesquisador foi fundamental para que os diferentes movimentos envolvidos na construção do caso possibilitem efeitos de transmissão, de modo a incluir a divisão entre aquele que escutou e aquele que passa ao público a construção de um caso (Leite, 2018).

Por operar com os restos e ruínas, escrever a clínica é inventar um contorno ao real e aproximar o método de transmissão da experiência ao inconsciente (Vorcaro, 2019). Desde o nascimento da psicanálise, vimos o gesto freudiano de não recuar face aos impasses da clínica, de modo que um novo campo foi fundado ao cernir, via escrita, pontos de fracasso. Na passagem de uma possível morte da clínica ao seu nascimento, entre o texto de cada sujeito e o texto freudiano, algo se transmitiu e continua a ressoar.

Assim, este trabalho contribui para a teorização sobre os processos de subjetivação da urgência, que subvertem a lógica de medicalização e emudecimento do sujeito em angústia; para a transmissão dos efeitos de singularização da clínica psicanalítica na universidade; e para a discussão sobre as bases teórico-clínicas e metodológicas da pesquisa em psicanálise. No entanto, o real insiste e, como a psicanálise funciona como saber em fracasso, como uma estrutura em abismo (Castello Branco & Sobral, 2022), esta pesquisa permite produzir novas questões.

Ao traçar um panorama histórico sobre as urgências subjetivas, localizamos que se trata de uma clínica predominantemente construída na América Latina e que situações de violência estão relacionadas de maneira proeminente aos casos de urgência que chegam aos hospitais públicos (Fazio & Sotelo, 2018; Ferreyra, 2019). Nesse sentido, há espaço para que novos estudos possam abordar as especificidades da práxis psicanalítica com as urgências subjetivas no contexto latinoamericano, em especial em situações de desamparo social e discursivo (Rosa, 2018). Há também caminhos para novas investigações no Brasil, que apresenta campos de pesquisa em expansão, como a Educação e o Jurídico (Lopes et al., 2022; Malajovich, Vilanova, Frederico, Cavalcanti & Velasco, 2017; Malajovich, Vilanova, Tenenbaum & Velasco, 2019; Mendes, 2022). Além disso, embora o campo da saúde concentre a maioria dos estudos sobre as urgências em psicanálise, as particularidades no campo da saúde mental ainda são pouco exploradas, considerando sua história, a dimensão sociopolítica do sofrimento no contexto nacional e seus desdobramentos nos diferentes territórios brasileiros.

Destacamos que, por interrogar a formação do sintoma no processo de subjetivação da urgência, esta pesquisa centrou-se na perspectiva de construção do caso clínico via escrita, que visa testemunhar e transmitir uma invenção singular para tratar o impossível do real na prática da psicanálise. Este trabalho é uma elaboração da analista-pesquisadora a partir dos ecos da enunciação do sujeito e do que se apresentou como impasse no tratamento, de modo a transmitir o método clínico e os efeitos da hipótese do inconsciente (Vorcaro, 2018).

Assim, em outra direção, sublinhamos a relevância de outros estudos que tenham como objeto de investigação o método de construção do caso clínico em equipe multiprofissional na clínica das urgências subjetivas, visto que os momentos de construção do caso possibilitam transmitir uma suposição de saber no sujeito e produzir giros discursivos na relação da equipe de saúde com a subjetividade (Castilho & Fidelis, 2019).

Por considerar a delimitação do escopo desta pesquisa, chamamos atenção para estudos que investiguem as urgências subjetivas sob a perspectiva da clínica nodal, pois em seu caráter de ruptura, a urgência pode produzir um lapso no enodamento entre o real, simbólico e imaginário. Capanema (2018) assinala que a topologia permite investigar a constituição do sujeito, de modo que o quarto elo do nó é uma investigação singular de cada ser falante. Dessa forma, os cortes que produzem lapsos no nó podem romper um arranjo subjetivo anterior, embora possam também provocar torções e reparações inéditas.

Para concluir, sublinhamos que discutir a clínica das urgências subjetivas resgata a relevância de uma aposta na singularidade do sujeito ao bordejar a angústia e viabiliza um novo uso da contingência, do que irrompe como imprevisível e imponderável, ao transformar as linhas que se romperam numa te[ss]itura inédita. Entre o oco e o eco, há uma *pó-ética* da psicanálise, ao dar lugar aos restos, detritos e fragmentos. Ao extrair do eco, o acorde, um ritmo, uma melodia. Uma bússola para sustentar, frente ao turbilhão, uma marca e uma rasura. Se sob tempestade, por vezes, as palavras deste mundo se esgarçam, essa rasura é o que possibilita palavras por'vir, hiato necessário para uma invenção. Interpelar. Cicatriz de um acontecimento. Entre som e centelha, o ressoar da passagem de Emecheta no mundo transmite algo para nós e para a clínica. Ecos do curso de um raio.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, D. N., Kyrillos Neto, F., Calzavara, M. G., Laureano, P. S., Calazans, R., & Chaves, W. C. (2020). Freud um século depois: trauma, pandemia e urgência subjetiva. *aSEPHallus*, 15(29), pp. 71-91. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146568>
- Adichie, C. N. (2021). *Notas sobre o luto*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Aires, S. (2005). O inconsciente depois de Lacan: temporalidade e significação. *Revista de Filosofia Aurora*, 17(20), pp. 165-184. Recuperado de <https://periodicos.pucpr.br/aurora/article/view/8561>
- Aires, S. (2007). Fragmentos da memória: narrativa e angústia. *Revista Literal*, 10, pp. 39-51.
- Aires, S. (2014). Corpo e afeto: considerações Lacanianas. *Revista Diálogos Possíveis*, 13(2). Recuperado de <https://revista.grupofaveni.com.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/390/378>
- Aires, S. (2018). Endereçamento, reconhecimento e transmissão: um caso clínico em psicanálise. In *O caso: entre exceção e transmissão*. Campinas: Mercado de Letras, pp.179-188.
- Aires, S. (2020a). Enigma: estilo e transmissão. In *Entre palavras: memória, estilo, transmissão*. Salvador: EDUFBA, pp. 97-102.
- Aires, S. (2020b). Valter Hugo Mãe, uma escrita do luto. In Peres, U. T. (Org.). *Entre palavras: memória, estilo, transmissão*. Salvador: EDUFBA, pp. 181-190.
- Aires, S. (2022). Um texto em três tempos. In *Parlêtre: psicanálise, pesquisa e transmissão*. Campinas: Mercado de Letras.
- Aires, S., & Tavares, J. S. C. (2021). Encruzilhadas e entrelinhas: a atualidade do pensamento de Neusa Santos Souza. In: David, E. C.; Passos, R. C.; Faustino, D. M.; & Tavares, J. S. C. (Orgs.). *Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro*. São Paulo: Hucitec, pp. 60-73.
- Almeida, D. L., & Aires, S. (2023). A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: construção de um caso clínico. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/KFQqcKWNQdkdhTRVhNwh7xt/>
- Andrade, A. K. (2019). A criança com doença crônica e o hospital: as contribuições da psicanálise. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 8(14), pp. 1-13. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2316-51972019000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2316-51972019000100010)
- Aulete, C. (2022). *Bordar*. Aulete Digital – Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. Recuperado de <https://www.aulete.com.br/bordar>

- Azevedo, E. (2018). Da pressa à urgência do sujeito—Psicanálise e urgência subjetiva. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 7(13), pp. 208-217. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v7n13/06.pdf>
- Barboza, E. M. O., Avelar, T. C., Torres, J. C., & Nascimento, T. B. (2019). Urgência subjetiva em emergência obstétrica de alto risco: um estudo psicanalítico. *Revista Subjetividades*, 19(3), online-12. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692019000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692019000300004)
- Barreto, F. P. (2004). A urgência subjetiva na saúde mental. *Opção lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 40, pp. 47-51.
- Barros, R. R. (2013). *Angústia, tempo e transferência* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/80060?show=full>
- Barros, R. R., & Moschen, S. Z. (2014). Implicações éticas perante a angústia e a urgência. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 36(30), pp. 149-169. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-62952014000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-62952014000100009)
- Bassols, M. (2015). Prólogo. In Sotelo, I. *DATUS – Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Olivos: Grama Ediciones.
- Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva. *Revista da SBPH*, 16(2), pp. 25-41. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200003)
- Belaga, G. (2005). *La urgencia generalizada 2: ciencia, politica y clínica del trauma*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Berta, S. L. (2015). Localização da urgência subjetiva em psicanálise. *A peste*, 7(1), pp. 95-105. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/a peste/article/view/30462>
- Birman, J. (2006). Subjetividades contemporâneas. In *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2014). Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17, pp. 23-37. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/agora/a/qWsWyrYcT7fn8mTGbg7qJLS/>
- Breuer, J., & Freud, S. (2016). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 2, pp. 16-32). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1893).
- Brodsky, G. (2014). A clínica e o real. *IX Congresso da AMP. Un réel pour le XXI<sup>e</sup> siècle*. Paris. Recuperado de [https://www.congresamp2014.com/pt/template.php?file=Textos/La-clinica-y-lo-real\\_Graciela-Brodsky.html](https://www.congresamp2014.com/pt/template.php?file=Textos/La-clinica-y-lo-real_Graciela-Brodsky.html)

- Bursztyn, D. C., & Figueiredo, A. C. (2012). O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. *Tempo psicanalítico*, 44(1), pp. 131-145. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382012000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100008)
- Cabral, M. F. A. (2021). Algunas precisiones sobre la diferencia entre emergencia, urgencia subjetiva y padecimiento subjetivo. *Pathos*, 3(3), pp. 52-59. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pathos/article/view/34664>
- Calazans, R., & Azevedo, E. (2016). "Não há tempo... A perder": questões sobre a atuação do Psicanalista no hospital geral. *Vínculo-Revista do NESME*, 13(1), pp. 56-64. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902016000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000100006)
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11, pp. 640-652. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/bWJgqMKJnKrzczHypcYnRsgM/?lang=pt>
- Calazans, R., & Marçal, J. (2011). Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. *aSEPHallus*, 6(12). Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-699404>
- Campos, H. (2005). O afreudisiaco Lacan na galáxia de lalíngua (Freud, Lacan a escritura). *Afreudite: Revista Lusófona de Psicanálise Pura e Aplicada*, n. 01. Recuperado de <https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/42>
- Canguçu, D. (2021). Escrever a clínica/construir o caso: o que se inscreve numa análise? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 24, 19-27.
- Capanema, C. A. (2018). *Enlaces e desenlaces na adolescência*. Belo Horizonte, MG: Scriptum.
- Castello Branco, L., & Sobral, A.P.A. (2022). *O que é psicanálise literária?* Coleção Outros passos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Castilho, G., & Fidelis, R. (2019). Psicanálise e hospital universitário hoje. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(spe), pp. 224-239. Recuperado de <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/165>
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Resolução Nº 001/2009*. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009\\_01.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf)
- Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução Nº 510/2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Cordeiro, S. N., & Miranda, F. (2020). A vida por um fio: a escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3supl), pp. 132-145. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1343271>

- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2018). O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. *Revista Subjetividades*, 18(2), pp. 45-58. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692018000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692018000200005&lng=pt&nrm=iso)
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2021). Considerações sobre a Ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3whcNHnf73hnt3kZFh45BWB/?lang=pt&format=pdf>
- Costa, M. F., Costa-Rosa, A. D., & Amaral, C. H. A. D. (2016). Uma psicologia precavida pela psicanálise: a clínica da urgência na unidade de pronto-socorro. *Revista de Psicologia da UNESP*, 15(2), pp. 35-50. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1984-90442016000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-90442016000200003)
- Costa, A., Vorcaro, A., & Leite, N. (2022, 23 a 25 de novembro). *Corpomemorar – Corpolinguagem na ponta de língua*. [Mesa-redonda]. XXI Jornada Corpolinguagem. XIII Encontro Outrarte, Unicamp, Campinas, São Paulo.
- Cottet, S. (2012). Un bien-dire épistémologique. *La Cause du Désir*, n. 80. Paris: Navarin éditeur, pp. 15-22. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2012-1-page-15.htm>
- Dafunchio, N. S. (2013). Inibição, Sintoma e Angústia: uma clínica nodal das neuroses. In: *Seminários*. Salvador, pp. 141-182.
- David, E. C.; Villas Bôas, P., & Moreira, L. S. (2021). Por uma psicanálise antirracista: a psicanálise na encruzilhada. In David, E. C.; & Assuar, G. (Orgs.). *A psicanálise na encruzilhada: desafios e paradoxos perante o racismo no Brasil*. São Paulo: Hucitec, pp. 74-100.
- Decat, M. (1996). Psicanálise e urgência subjetiva. In: *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, pp. 3-20.
- Dias, C. R. (2021). Racismo e psicanálise: marcas coloniais na escuta clínica. In David, E. C.; & Assuar, G. (Orgs.). *A psicanálise na encruzilhada: desafios e paradoxos perante o racismo no Brasil*. São Paulo: Hucitec, pp. 59-73.
- Dias, M. D. S. F. M., Santos, T. C. D., Moreira, M. I. R., & Riccieri, A. B. (2020). Reações emocionais frente à Pandemia Covid-19: atendimentos aos colaboradores em situação de urgência subjetiva. *aSEPHallus*, 15(30), pp. 18-25. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1152243?src=similardocs>
- Dicio. (2022). *Bordejar*. In Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2022. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/bordejar/>
- Dicio. (2023). *Trauma*. In Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2022. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/trauma/>
- Donnarumma, L., R., M., Bernztein, G., Cohen, V., & Allamprese, A. (2006). Urgencias hospitalarias: límites y posibilidades con nuestros niños “locos”. In *La Urgencia*

- Generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires, Argentina: Grama, pp. 143-162.
- Dourado, A. et al. (2021). *Rede Escuta: escritos sobre atendimento psicanalítico durante a pandemia*. Salvador: Pinaúna.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.
- Elia, L. (2016). Lalíngua na clínica. *Línguas e instrumentos linguísticos*, (38), pp. 219-226. Recuperado de <http://www.revistalinguas.com/edicao38/artigo10.pdf>
- Emecheta, B. (2019). *No fundo do poço*. Porto Alegre: Dublinense.
- Fari, P. (2014). Lalíngua. In Machado, O.; & Ribeiro, V. L. A. (Org.). *Um real para o século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Fazio, V. P., & Sotelo, M. I. (2018). Violencia en la consulta de urgencia en salud mental. Aproximación al problema desde la perspectiva del psicoanálisis y de la salud pública. *Anuario de Investigaciones*, 25, pp. 181-188. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos\\_completos/25/fazio.pdf](http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/25/fazio.pdf)
- Fender, W. D. (2018). *Momento de construir: a construção do caso clínico em psicanálise* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-24092018-110521/publico/fender\\_corrigida.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-24092018-110521/publico/fender_corrigida.pdf)
- Ferreira, T. (2018). Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra – a aposta na invenção subjetiva. In Ferreira, T.; Vorcaro, A. (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica, pp. 129-152.
- Ferreira, L. E. (2019). Urgencias subjetivas en la ciudad de Formosa. *Anuario de Investigaciones*, 26, pp. 17-24. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos\\_completos/26/ferreira.pdf](http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/26/ferreira.pdf)
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 7, n. 1. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v9qDvJVsYY4tHQPDJtC9FgH/abstract/?lang=pt>
- Francisco, M. (2014). Acaso. In Machado, O.; & Ribeiro, V. L. A. (Orgs.). *Um real para o século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Freud, S. (1996). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 199-216) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1893).

- Freud, S. (2010). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 156-184). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2010). Angústia e instintos. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 18, pp. 224-262). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1933).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 17, pp. 9-98). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1926).
- Freud, S. (2014a). O sentido dos sintomas. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 13, pp. 279-296). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (2014b). Os caminhos da formação de sintomas. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 13, pp. 387-406). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (2014c). A angústia. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 13, pp. 422-442). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (2016). Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”). In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 6, pp. 173-320). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (2020). Tratamento anímico. In Freud, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1890).
- Freud, S. (2020). Sobre psicoterapia. In Freud, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (2020) *As pulsões e seus destinos*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2020). Transitoriedade. In Freud, S. *Arte, literatura e os artistas*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1916).
- Freud, S. (2020). *O infamiliar*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1919).
- Freud, S. (2021). *Além do princípio de prazer*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1920).
- Freud, S. (2022). Luto e melancolia. In Freud, S. *Neurose, psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (2022). O problema econômico do masoquismo. In Freud, S. *Neurose, psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1924).
- Freud, S. (2022). A negação. In Freud, S. *Neurose, psicose, perversão*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1925).
- Gault, J. G. (2018). Por uma epistemologia lacaniana. In: *Lacan, você conhece? Palestras do encontro Jacques Lacan*. Cultura Editores Associados, pp. 166-172.

- Gerbase, J. (2015). *Atos de fala*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico.
- Guerra, A. M. C. (2022). Por que a clínica como paradigma da pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 25, 1-9.
- Horne, B. (2014). Acontecimento. In Machado, O.; & Ribeiro, V. L. A. (Org.). *Um real para o século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Iannini, G., & Tavares, P.H. (2020). Freud e O Infamiliar. In Freud, S. *O infamiliar*. Belo Horizonte: Autêntica, pp. 7-26.
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó.
- Lacan, J. (1972). *Conférence à Louvain: la morte est du domaine de la foi*. Recuperado de <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1972-10-13.pdf>
- Lacan, J. (1978). Intervention à la suite de l'exposé d'André Albert dans le cadre des journées d'étude de l'École Freudienne de Paris (1975). École de Chimie. *Lettres de l'École Freudienne*, n° 24, pp. 22-24. Recuperado de <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1975-06-14a.pdf>
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955)*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 20: mais, ainda (1972-3)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 3: as psicoses (1955-6)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1995). *O seminário, livro 4: a relação de objeto (1956-7)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 496-536.
- Lacan, J. (1998). Conferência em Genebra sobre o sintoma (1975). *Opção Lacaniana*, (23), pp. 6-16.
- Lacan, J. (1998). Do sujeito enfim em questão (1966). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 229-237.
- Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 238-324.
- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada (1945). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 197-213.
- Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-8)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2001). Abertura da seção clínica (1977). *Opção Lacaniana*, (30), pp. 6-9.
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina (1966). *Opção lacaniana*, (32), p. 8-14.

- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 248-264.
- Lacan, J. (2003). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos (1973). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 550-556.
- Lacan, J. (2003). Prefácio à edição inglesa do Seminário 11 (1976). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 567-9.
- Lacan, J. (2005). *Nomes-do-pai*. (1963). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia* (1962-3). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2011). A terceira. (1974). *Opção lacaniana*, (62), pp. 11-36.
- Leite, N.V.A. (2016). Caso/fato clínico: a transmissão entre a conceitualização e a formalização. In *Prática da letra, uso do inconsciente*. Campinas: Mercado de Letras, pp. 221-229.
- Leite, N. V. A. (2018). Entre a exceção e a transmissão. In *O caso: entre exceção e transmissão*. Campinas: Mercado de Letras, pp. 13-22.
- Lopes, J. P., Tomaz, J., Cruz, D., Teixeira, L., Rocha, B., & Danziato, L. (2022). Atendimentos Psicanalíticos em Urgência Subjetiva: Mulheres em Situação de Violência Doméstica em Tempos de Covid-19. *Cadernos ESP*, 16(1), pp. 66-74. Recuperado de <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/578>
- Malajovich, N., Vilanova, A., Frederico, C., Cavalcanti, M. T., & Velasco, L. B. (2017). A juventude universitária na contemporaneidade: a construção de um serviço de atenção em saúde mental para estudantes. *Mental*, 11(21), pp. 356-377. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200005)
- Malajovich, N, M., Vilanova, A., Tenenbaum, D., & Velasco, L. B. (2019). O manejo da urgência subjetiva na universidade: construindo estratégias de cuidado à saúde mental dos estudantes. *Interação em Psicologia*, 23(2). Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/58547>
- Marcos, C., & D'Alessandro, C. (2012). Figuras psíquicas do trauma: Uma leitura lacaniana. *aSEPHallus*, 8(15), pp. 35-58. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-724434>
- Mendes, A. A. (2022). As urgências subjetivas de jovens universitários: uma interlocução Brasil-França. *aSEPHallus*, 17(33), pp. 39-57. Recuperado de <http://www.isepol.com/asephallus/pdf/03%20-%20As%20urg%C3%Aancias%20subjetivas%20de%20jovens%20universit%C3%A1rios,%20uma%20interlocu%C3%A7%C3%A3o%20Brasil-Fran%C3%A7a.pdf>

- Miari, A. S. (2021). Notas sobre la urgencia y el sintoma. In *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-012/527.pdf>
- Miller, J.-A. (2009). O inconsciente real. In *Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 9-22.
- Miller, J.-A. (2011). *Perspectivas dos Escritos e Outros Escritos de Lacan: entre desejo e gozo*. São Paulo: Zahar.
- Minayo, M. C. S. (2021). Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, v. 9, n. 22, pp. 521-539. Recuperado de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/506>
- Moreira, M. I. R., & Santos, T. C. (2019). Psicanálise aplicada à instituição: a prática clínica no hospital geral. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 14(28), pp. 125-140. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1140065>
- Moretto, M.L.T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Moschen, S. (2020). O tempo para compreender e a construção de um comum. *Correio APPOA*. Recuperado de [https://appoa.org.br/correio/edicao/299/o\\_tempo\\_para\\_comprender\\_e\\_a\\_construcao\\_d\\_e\\_um\\_comum/855](https://appoa.org.br/correio/edicao/299/o_tempo_para_comprender_e_a_construcao_d_e_um_comum/855)
- Moschen, S. (2022). *Seminário Diários de Escrita*. Projeto Interinstitucional “Intervenções Bárbaras: o ensino como ato poético”. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) / Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- Nancy, J.-L. (2008). *O intruso*. (2000). (Laignier, P. C. Trad). Paris: Éditions Gallilé.
- Nancy, J.-L. (2013). À escuta. Parte II. (2002). *Rev Outra Travessia*, 15, pp. 159-172. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/2176-8552.2013n15p159/25525>
- Nominé, B. (2019). Conferências de Bernard Nominé. *Stylus*, 39, pp. 13-35. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-157X2019000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-157X2019000200002&script=sci_arttext)
- Petrilli, R. D. T. (2015). Intervenções psicológicas em pacientes submetidos à procedimentos invasivos em um serviço de oncologia pediátrica. *Revista da SBPH*, 18(2), pp. 74-88. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582015000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200006)
- Porge, É. (2009). *Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje*. Campinas: Editora UNICAMP.

- Ricoeur, P. (2012). *Vivo até a morte: seguido de fragmentos*. (2007). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Rodrigues, J. (2021). Reflexões da formação do analista para a Clínica da Urgência. *Revista Psicologia e Transdisciplinaridade*, 1(2), pp. 95-103. Recuperado de <https://www.periodicos.aprb.org/index.php/rpt/article/view/15>
- Rodrigues, J. A., Dassoler, V. A., & Cherer, E. (2012). A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. *Mental*, 10(18), pp. 69-88. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272012000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000100005)
- Rodrigues, M. S., & Munõz, N. M. (2020). Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23, pp. 90-98. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/agora/a/wX4KpJNMXLCQDDBj3SBshCG/?lang=pt>
- Rodríguez, L., Tustanoski, G., Mazzia, V., & Moavro, L. (2018). La elaboración psíquica en la clínica de la urgencia. *Revista universitaria de Psicoanálisis*, 18(1), pp. 51-59. Recuperado de [https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos\\_completos/revista18/rodriguez.pdf](https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista18/rodriguez.pdf)
- Rosa, M. D. (2018). Clínica psicanalítica diante do desamparo social e discursivo: impasses e direção do tratamento. In: *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta.
- Rose, J. (2020). To Die One's Own Death. 42(22). Recuperado de <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v42/n22/jacqueline-rose/to-die-one-s-own-death>
- Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Santos, T. C. D., Almendra, F. S., & Ribeiro, M. I. (2020). Help line: relato de experiência sobre um dispositivo de acolhimento aos profissionais de saúde durante a pandemia covid-19. *aSEPHallus*, 15(30), pp. 26-40. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177318>
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires, Argentina: Grama, pp. 31-42.
- Seldes, R. (2019). *La urgencia dicha*. Buenos Aires: Colección Diva, 2019.
- Seldes, R. (2021). Urgency: between truth and jouissance. *Lacanian Review Online*. Recuperado de <https://www.thelacanianreviews.com/urgency-between-truth-and-jouissance/>
- Siqueira, E. R. A., & Queiroz, E. F. (2014). O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), pp. 104-114.
- Solano-Suarez, E. (2019). Prefácio. In *La urgencia dicha*. Buenos Aires: Colección Diva, 2019.

- Soler, C. (1998). Os nós do sintoma. *Agente Revista de Psicanálise*, 10, pp. 5-8.
- Soler, C. (2018). Advento do real. *VI Encontro Internacional da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano*. Barcelona. Recuperado de <https://www.champlacanian.net/public/docu/4/rdv2018pre1.pdf>
- Sotelo, I. (2006). La guardia, la admisión, la primera consulta: una conyuntura de emergencia. In *La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires, Argentina: Grama, pp. 97-113.
- Sotelo, I. (2009). ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? In Sotelo, I. (Org.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama Ediciones, pp. 23-30.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS – Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Olivos: Grama Ediciones.
- Sotelo, I., Belaga, G., Leserre, L., Rojas, A., Cruz, A., Capurro, V., Mazzia, V., Moraga, P., Santimaria, L., Penecino, I., Fidacaro, P., Coronel, M., & Tustanosky, G. (2011). Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de urgencia en cuatro hospitales generales del MERCOSUR. *Anuario de investigaciones*, 18, pp. 157-162. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862011000100070&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862011000100070&script=sci_abstract)
- Sotelo, I., Belaga, G., Leserre, L., Moraga, P., Santimaria, L., Castro, M., Mc Cabe, C., & Rodríguez, L. (2013). La eficacia de la práctica analítica en el hospital público. *Rev. univ. psicoanál*, pp. 69-79. Recuperado de [http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/RUP\\_2013-4.pdf](http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/RUP_2013-4.pdf)
- Sotelo, M. I., & Fazio, V. P. (2019). Empleo del tiempo lógico en el abordaje psicoanalítico de situaciones de violencia familiar en la consulta de urgencia en salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 26, pp. 295-301. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433032/369163433032.pdf>
- Sotelo, M. I., Fazio, V. P., & Miari, A. S. (2014). Dispositivos y abordaje de la problemática de la violencia en el marco de la atención a la demanda en urgencias en salud mental: una perspectiva psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 21, pp. 139-146.
- Souza, N. S. (2021). *Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social* (1983). Rio de Janeiro: Zahar.
- Vieira, M. A. (2005). Por uma epistemologia clínica. *Opção lacaniana*, n. 2.
- Vaschetto, E. (2009). Preguntas y respuestas a la urgencia subjetiva. In Sotelo, I. (Org.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama Ediciones, pp. 137-146.
- Vorcaro, A. (2018). Transmissão e saber em psicanálise: (im)passes da clínica. In Ferreira, T.; Vorcaro, A. (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica, pp. 41-62.

- Vorcaro, A. (2019). A verdade da experiência da transmissão em psicanálise. *Estilos da Clínica*, 24(3), pp. 425-431. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/157936>
- Vosgerau, D. S. A. R., & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista diálogo educacional*, 14(41), pp. 165-189. Recuperado de <http://educa.fcc.org.br/pdf/de/v14n41/v14n41a09.pdf>
- Woolf, V. (2021). *Sobre estar doente*. São Paulo: Editora Nós.