

Elaine Cristina Azevedo

**NÃO HÁ TEMPO... A PERDER: O TEMPO LÓGICO NA CLÍNICA DA
URGÊNCIA SUBJETIVA**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2016

Elaine Cristina Azevedo

**NÃO HÁ TEMPO... A PERDER: O TEMPO LÓGICO NA CLÍNICA DA URGÊNCIA
SUBJETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais e
Clínica Psicanalítica – Linha III

Orientador: Roberto Pires Calazans Matos

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2016

Com licença poética

Adélia Prado

*Quando nasci um anjo esbelto, desses
que tocam trombeta, anunciou: vai
carregar bandeira. Cargo muito pesado
pra mulher, esta espécie ainda
envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem, sem
precisar mentir.
Não sou feia que não possa casar, acho o
Rio de Janeiro uma beleza e ora sim, ora
não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
– dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree, já
a minha vontade de alegria, sua raiz
vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem. Mulher é
desdobrável. Eu sou.*

AGRADECIMENTOS

Ao final deste trabalho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que fizeram do meu percurso no mestrado um caminho – não sem pedras – de bons encontros. Tudo se passou numa vagarosa ligeireza. Neste momento, gostaria que a vida fosse regida pelo tempo lógico, sem prazos, sem datas, sem protocolos a cumprir, mas é chegado o momento de concluir e gostaria de agradecer àqueles que estiveram comigo nesta caminhada.

Ao meu Orientador, Dr. Roberto Calazans, pelas orientações criteriosas, fundamentais para a elaboração desta dissertação, pelo incentivo constante, pela parceria singular que ele dispõe aos alunos do mestrado e, por fim, pela atenção cuidadosa fio a fio na tecitura deste trabalho.

Aos Professores Dr. Oswaldo França Neto e Dr. Wilson Camilo, pela gentileza ao aceitarem ler o meu trabalho. Agradeço pela leitura atenta e rigorosa, fundamental na construção desta dissertação.

Aos professores Dr. Fuad Kirillos Neto e Dr. Júlio Eduardo de Castro, pelo amor na transmissão da psicanálise na Universidade.

Aos amigos do mestrado, Rodrigo Afonso Nogueira Santos, pelas longas conversas inspiradoras, e Thayane Bastos, minha parceira de todas as horas, congressos e histórias, pelos bons momentos que tivemos e ainda teremos. Foi um feliz encontro!

Aos amigos de pesquisa do NUPEP, Mayana, Samira, Carol, Nina, Isabela, Alberto, Chris e Jonas (em memória). Agradeço a todos pelos momentos que passamos juntos e pela acolhida na linda cidade de São João del-Rei.

Aos colegas da psicanálise e de vida, Juliana Marçal, Lívia Ênes e Flávia Lamagnere, que contribuíram nas discussões e leituras sobre o tema desta pesquisa.

Aos amigos do Serviço de Psicologia do Hospital São João de Deus – Divinópolis, MG.

Ao Jésus Santiago, por me ouvir.

Ao Vagner Faria e Arthur Azevedo, que estão sempre na torcida, respeitando meu desejo decidido pela psicanálise.

RESUMO

O trabalho do psicanalista nas urgências em um hospital geral requer uma prática sobre aquilo que escapa a possibilidade de-programação. Podemos apontar a partir de nossa prática que a urgência médica se diferencia da urgência subjetiva, pois busca tratar esse momento a partir de condutas previamente estabelecidas, protocolares e de rápida ação. A urgência subjetiva, no entanto, é um momento quando o sujeito se encontra desconectado de sua cadeia significativa, se encontra à deriva da possibilidade de significação. O que vemos nestes momentos é um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir que deslocaliza o sujeito de sua história sem a possibilidade de compreensão. O tempo nestes momentos de urgência subjetiva deflagra a impossibilidade dos sujeitos enredados pela contingência do acontecimento, de responder do seu lugar de sujeito. Esta dissertação propõe tratar sobre a lógica do manejo do tempo pelo psicanalista que atua nos hospitais, tendo em vista a angústia em que se veem imersos o paciente e seus familiares nesse espaço no momento de urgência subjetiva. Nosso problema principal é esclarecer como o psicanalista pode possibilitar aos sujeitos mergulhados na inércia da angústia um tratamento que lhes permita subjetivá-la em tal espaço. Nossa hipótese considera que o tempo lógico, tal como define Jacques Lacan em seu texto *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada* (1945/1998), possa ser tomado como importante recurso analítico de abordagem desse momento de ruptura simbólica, pois, em face da iminência de estar *confundido* na condição de objeto, o manejo lógico do tempo pode convocar o sujeito a dar uma resposta a partir de sua condição de sujeito mesmo que tal resposta demande um tempo – a abertura de um tempo para compreender – que o psicanalista poderá escutar. Nesse sentido, esta pesquisa problematiza a função do psicanalista diante de algo que urge. É pensando em nossa prática no hospital geral a partir de um estudo-das teorias de Freud, Lacan e seus principais comentadores, que buscamos ao final desta dissertação compreender como os sujeitos que vivenciam esses momentos de urgência subjetiva podem, a partir do encontro com o psicanalista no hospital geral, lançar mão de uma saída a partir da oferta de palavras. Nessa perspectiva, portanto, entendemos que a abertura de um tempo para compreender pode possibilitar aos sujeitos uma pausa na pressa por concluir, abrindo espaço e tempo de escuta para a palavra e possibilitando uma resposta frente ao mal-estar do encontro desvelado com o real avassalador da angústia.

Palavras-chave: Psicanálise; Angústia; Tempo lógico; Urgência subjetiva; Hospital geral.

ABSTRACT

The work of the psychoanalyst in the emergency room in a general hospital requires practice that escapes the possibility of programming. We can point that medical urgency is different of a subjective urgency because our practice need some specific actions: previously established, protocol and quick actions. The subjective urgency, however, is a time when the subject is disconnected from its signifying chain, is drifting the possibility of significance. We can see at this specific moment is a short circuit between the instant of seeing and the time to conclude that dislocate the subject from his own history without the possibility of understanding. The time in a subjective urgency's moments triggers individual inability caught by the contingency of the event; this is a subject way to respond in a subjective emergency. This thesis proposes discuss about the logic of management time by psychoanalyst who works in hospitals considering that patients and their families are immersed in an anguish at the moment of a subjective urgency. Our main problem is to clarify how the psychoanalyst can enable the subjects steeped in the inertia of anxiety treatment that will allow them Subjective it in such a space. Our hypothesis considers that the logical time as sets Jacques Lacan in his text "Logical time and the assertion of anticipated certainty" (1945/1998), can be taken as an important recourse of this analytical approach moment of symbolic break because, given the imminence of being confused in object condition, the logical time management may convene the subject to give an answer from their status as subject even if the answer demand a time - The opening of a time to understand - that the psychoanalyst can listen. This research, in this sense, discusses the psychoanalyst position when something came up with at this specific urgency moment. Thinking about our practice in the general hospital from a study of the theories of Freud, Lacan and theirs principal commentators, we seek at the end of this dissertation understand how the subjects who experience these moments of subjective urgency can find a way out with the psychoanalyst help in a general hospital. From this perspective, therefore, we believe that the opening time to understand can allow the subjects a break in the hurry to finish, opening a space and listening time for the word and providing an answer against the malaise of unveiled meeting to the real overwhelming anguish.

Keywords: Psychoanalysis; Anguish; Logical time; Subjective urgency; Hospital general

SUMÁRIO

Introdução.....	8
1 O lugar da angústia em Freud e Lacan.....	19
1.1 Notas sobre a primeira concepção de angústia em Freud.....	23
1.2 Notas sobre a segunda teoria da angústia em Freud.....	28
1.3 A angústia no <i>Seminário X</i> de Lacan.....	37
2 Não há tempo... a perder: a urgência e o tempo no hospital geral.....	48
2.1 O inconsciente freudiano: um breve percurso.....	51
2.2 O inconsciente freudiano e o tempo.....	55
2.3 Lacan, o inconsciente e o tempo.....	59
3 Autorizar-se a aplicar a psicanálise no hospital: o psicanalista aplicado.....	71
3.1 A urgência subjetiva, tempo e angústia: o analista no hospital geral entre a pausa e a pressa.....	75
3.2 O encontro com o psicanalista no hospital geral: entre a pedra e o caminho.....	81
Conclusão.....	90
Referências.....	94

Introdução

A presente pesquisa tratará sobre a lógica do manejo do tempo pelo psicanalista que atua em situação de urgência hospitalar, tendo em vista a angústia em que se veem imersos o paciente e seus familiares nesse espaço. Nosso problema principal é esclarecer como o psicanalista pode possibilitar aos sujeitos mergulhados na inércia da angústia um tratamento que lhes permita subjetivá-la em tal espaço de urgência. Nossa hipótese considera que o tempo lógico, tal como define Jacques Lacan (1945/1998) possa ser tomado como importante recurso analítico de abordagem desse momento de ruptura simbólica, pois, em face da iminência de estar *confundido* na condição de objeto, o manejo lógico do tempo pode convocar o paciente a dar resposta a partir de sua condição de sujeito mesmo que tal resposta demande um tempo – a abertura de um tempo para compreender – que o analista poderá escutar. Nesse sentido, esta pesquisa problematiza a função do analista diante de algo que urge.

Embora nossa pesquisa se dê em vários âmbitos do hospital, nossa experiência parte do trabalho no Centro de Terapia Intensiva (CTI). O CTI é o local em que o psicólogo¹ se integra à equipe multidisciplinar. Nesta pesquisa, partiremos da perspectiva teórica clínica da psicanálise aplicada, apontando nossa prática nesse espaço do hospital, onde atendemos os pacientes e seus familiares. Assim, sempre que há demanda de atendimento, o psicanalista de plantão é solicitado. Nesses casos, podemos nos deparar com várias apresentações do sujeito diante desses momentos de rupturas: atos, silêncios e embaraços. No entanto, o sujeito mergulhado na inércia da angústia precisa de um tempo que foge aos protocolos de atendimento médico.

A angústia traz uma temporalidade específica que demanda uma abordagem num tempo em que há urgência. Para Freud, a angústia é um afeto. Lacan irá acrescentar: um afeto que não engana (1962-1963/2005). Ela está do lado daquilo que escapa a uma representação ejetada do sentido e apresenta-se nos pontos de descontinuidade da rede simbólica do sujeito a partir de um acontecimento que desestabiliza e lhe coloca num impasse.

¹ Portarias que regulamentam o trabalho do psicólogo nas equipes multidisciplinares de Unidades de Terapia Intensiva, UTI Adulta e UTI Infantil se encontram nas referências bibliográficas.

A partir do referencial psicanalítico, entendemos as apresentações dos sujeitos, que se encontram no hospital, como características da angústia, vivência de rupturas e mal-estar, que podem ser percebidos por agitações, delírios, alucinações e, até mesmo, passagens ao ato e *acting-outs*. A angústia nesses momentos invade o sujeito sem direção, deflagrando algo para o sujeito que embarga o uso da palavra. Freud, em seu texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926[1925]/1996), após longo percurso em sua obra, não se deixando levar por soluções simples, busca uma explicação mais consistente para esse afeto, uma vez que já havia verificado precocemente que a angústia estava ligada ao padecimento psíquico de seus pacientes. Após formular sua teoria da angústia como amparada na libido, passa a pensá-la como reação a uma situação traumática ou de perigo na qual tem em comum, apesar de serem diversas modalidades de situação de perigo, o medo da perda do objeto amado.

Assim o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha em dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de angústia podem resistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com angústia num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo (Freud, 1926[1925]/1996, p. 140).

Freud, durante toda sua obra, mostra gradativamente como o conceito de angústia vai ocupando um lugar de destaque no campo dos afetos, tornando-se este o afeto mais importante. À medida que esse afeto se apresentava na clínica a Freud, nas várias formas de neuroses, este concedeu à angústia um lugar cada vez mais privilegiado em sua investigação, tornando-se este o afeto mais radical e singular do sujeito. Lacan, em seu esforço de retorno ao pensamento freudiano, serve-se das lacunas encontradas na trajetória freudiana acerca do tema da angústia para trazer avanços à teoria da angústia a partir da essência dos ensinamentos de Freud, de forma, porém, a subverter as leituras pós-freudianas da época acerca da angústia. É em seu *Seminário X*, intitulado *A angústia* (1962-1963/2005), que Lacan se debruça sobre esse tema na obra freudiana. Para Lacan esse afeto também ocupa o lugar de um afeto por excelência, sendo este o (...) *afeto central, aquele em torno do qual tudo se ordena* (Lacan, 1969-1970/1992, p. 136). A questão de Lacan também se desdobra a partir do grande problema que se apresenta à pesquisa de Freud sobre a angústia, a saber: qual o objeto da angústia? Para Freud, esse objeto não aparece de forma clara em sua obra. Se Freud não chega a uma resposta final

sobre o estatuto do objeto da angústia, Lacan (1962-1963/2005), porém, vai às últimas consequências e aponta que (...) *a angústia não é sem objeto* (p. 101). E esse lugar do objeto e sua relação com a angústia são importantes para a direção do tratamento – principalmente em casos de urgência.

Lacan serve-se do afeto da angústia para elaborar sua concepção de objeto *a*. Esse afeto aparece no momento do encontro com o objeto, pois para Lacan a angústia não é sem objeto, há algo embora não se saiba o que. *Já podemos dizer que esse etwas (algo) diante do qual a angústia funciona como sinal é da ordem da irreducibilidade do real. Foi neste sentido que ousei formular diante de vocês que a angústia, dentre todos os sinais, é aquele não engana* (Lacan, 1962-1963/2005, p. 178).

Percebemos na prática clínica no hospital que, diante de aspectos como medo, dor e morte, o sujeito atropelado pelo inesperado tem dificuldades de suportar, com tal urgência, e não apresenta recursos simbólicos ou imaginários para lidar com esse momento de manutenção da vida ou de constatação da morte. Desde os primeiros movimentos de enfrentamento dos sujeitos com a urgência, é possível percebermos como tal vivência de angústia abre uma temporalidade que desestabiliza aquele que chega desprovido de informações e notícias. Um tempo atordoante aparece aí, já que, nessa aparição do real, o presente e o futuro se veem embaraçados num passado de histórias. A escuta psicanalítica nesse espaço permite atentar-se para esse paradigma simbólico, além da materialidade orgânica dita pelos médicos nos boletins. É imprescindível que o psicanalista aposte na palavra nesse momento, a palavra como sutura da cadeia significante.

O trabalho do psicanalista nesse espaço é possibilitar que uma nova rede de significantes possa ser construída a partir da palavra, dando contorno possível a uma desordem que aponta para uma irrupção de um real que desarticula a cadeia significante. Numa vivência de angústia, o sujeito perde sua posição diante do outro; algo cai, deflagrando um real impossível de ser simbolizado. Esse momento, que localizamos no campo da urgência, consiste num avanço do Real sobre o imaginário produzindo angústia. A angústia, como já dissemos, é um afeto que não engana, que toca o corpo; é o encontro do sujeito com um gozo impossível fora da cadeia significante. Se o sujeito se constitui por meio de sua relação com o Outro, na crise ele não encontra lugar para sua palavra e perde o recurso simbólico para lidar com este Real. Sem esse recurso, o que se mostra é

o ponto radical da angústia. Diante da angústia, o sujeito experimenta a pressa diante de uma saída conclusiva, uma certeza precipitada sem o tempo de compreender, impedindo a possibilidade de um contorno significativo que no tempo lógico se apresenta como afirmação que o leva à certeza e a uma decisão.

A certeza que se apresenta nesses momentos difere da certeza que surge ao final do tempo lógico proposto por Lacan em seu texto “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada” (1945/1998), pois não permite a emergência de um sujeito, mas, sim, o que se mostra é um curto-circuito, sujeito-objeto.

Segundo Vera Lúcia Santana (2004), considerando a hipótese de que, numa situação desconhecida – que localizamos no campo da angústia vivenciada pelos sujeitos² nas salas de espera de urgência no hospital –, o olhar é quem governa no instante de ver, o fato de que isso não esgota a questão indica a necessidade de um tempo para compreender. Nesse tempo para compreender, ou seja, no segundo tempo, o sujeito acede ao movimento dos outros que traduz o reconhecimento do um e do outro como homogêneo. Mas é no terceiro tempo, no momento de concluir, que a necessidade lógica de solucionar o problema produz uma intensidade temporal que culmina em uma enunciação subjetiva. Essa enunciação ocorre quando uma certeza conclusiva, mas suspensa ao outro, antecipa a sua realização. Se a pressão do tempo for muito incisiva, os três momentos podem reduzir-se apenas ao instante de ver, como uma tradução da percepção primeira, ou seja, desse olhar que em seu instante pode engolir todo o tempo para compreender.

Nesse artigo, Lacan introduz a temporalidade na direção do tratamento, elaborando para isso a noção de tempo lógico. A partir da ideia da temporalidade específica do sujeito do inconsciente, Lacan indicará que do manejo e eficácia desse tempo dependem a psicanálise, mostrando, assim, a relevância da questão do tempo para a clínica psicanalítica. Dá-se importância a tal questão, uma vez que o efeito de uma intervenção no tempo e sobre o tempo incide sobre o sujeito. Lacan inclui no tratamento a tríade temporal, do instante de ver, do tempo de compreender e do momento de concluir, possibilitando, assim, diferenciar a lógica na experiência subjetiva do tempo. Podemos perceber que, no sofisma dos prisioneiros apresentado nesse texto, a dimensão do sujeito

² Essa angústia pode ser vivenciada tanto pelos sujeitos adoecidos, quanto pelas famílias que os acompanham nas salas de espera do hospital.

ainda não está posta. O tempo lógico determina para o sujeito um começo, pois ganha o valor de ato, em que o movimento e o tempo se articulam de forma a possibilitar ao sujeito criar sobre si uma hipótese. É a partir da função do tempo que podemos pensar na dimensão do eu (*je*), que Lacan (1945/1998) chamou de *sujeito da asserção conclusiva* (p. 208).

Se para a psicanálise o tempo se apresenta diferente do tempo cronológico, tomando, assim, a dimensão lógica do tempo do sujeito, a pressa, a urgência e o tempo tornam-se importantes para se pensar a prática clínica do psicanalista na instituição hospitalar, em que o tempo se torna significativo operador clínico do analista diante da possibilidade de dar um contorno à angústia a partir da palavra.

O psicanalista vê-se confrontado nesses momentos entre dois tempos, o da instituição, que exige uma resposta rápida, e o tempo do sujeito, que se mostra paralisado diante da ruptura de uma cadeia de significantes, uma ruptura no campo simbólico proporcionada ali pela situação do paciente. Entendemos que isso dificulta o acesso à palavra. O psicanalista, por sua vez, não pode prescindir-se do sujeito, considerando, assim, o tempo subjetivo, instaurando a pausa na pressa e possibilitando que nesse intervalo entre o que urge e a pressa possa advir o sujeito.

Assim, propomos, como ponto de pesquisa possível, investigar as implicações da dimensão do tempo lógico e como o manejo desse tempo pode ajudar na direção do tratamento dos sujeitos/familiares, num hospital, uma vez que o tempo, pelo próprio atravessamento do Real, será sempre lógico. Portanto, torna-se fundamental sustentar um saber fazer do analista nesse espaço, que possibilite um manejo desse tempo.

Na clínica psicanalítica, tal momento é tratado como urgência subjetiva. Aparece em relação direta com um vazio, um sem sentido, que irrompe numa dada ordem e que tem relação com o real. Guillermo Belaga (2008) indica-nos que a urgência subjetiva é a urgência apresentada pelo sujeito no momento de crise, quando há irrupção de um acontecimento que não encontra saída nem sentidos, quando algo não pode esperar, desconectado de um tempo:

É nesse sentido que a ‘urgência’ se apresenta como uma nova forma sintomática ligada ao traumatismo generalizado de nossa época, na qual a modalidade temporal que responde ao acontecimento, ou à inserção de um trauma, seria um signo da emergência do que urge como traumatismo, como furo num discurso que até esse momento ordenava o sentido da vida (p. 17).

Assim, tomamos a temporalidade como ponto comum na clínica da urgência, o que nos leva a considerar a importância do tempo lógico na abordagem dos sujeitos. Entendemos que, independentemente do contexto, o campo da angústia se articula diretamente a uma lógica do tempo, vivência que se impõe no confronto dos sujeitos com a presença do objeto, localizada a partir de nossa prática nas situações vivenciadas na urgência do hospital. É com as diversas formas de apresentação do sujeito que o psicanalista deverá ocupar-se no momento da chegada daquele ao hospital, acolhendo a angústia que está implicada nesse acontecimento e o desatamento da cadeia significativa que ocorre num momento de urgência. Isso pode favorecer a abertura de um espaço onde o sujeito possa ser escutado, não a partir de uma sutura precipitada da falha do momento, mas de um canal pelo qual o real possa articular-se a um dizer.

Na psicanálise, o tempo revela-se articulado a outros marcadores além do cronológico. É sensível à experiência que pode, por exemplo, ser observada nos sujeitos que chegam ao Centro de Terapia Intensiva. Percebemos que, no CTI, eles vivenciam um presente fugaz, entrelaçado a um passado já remoto e um futuro quase sempre incerto e temido.

Para a Psicanálise o tratamento do sujeito pelo discurso analítico é questão de um tempo que ultrapassa a dimensão cronológica. Trata-se de um tempo lógico que faz valerem a possibilidade de um advento do sujeito e a invenção de uma saída, de um tempo na direção do tratamento. É na urgência do tempo lógico que o sujeito/família precipita o seu juízo e a sua saída, e o momento de concluir pode objetivar-se. Entendemos que os sujeitos, enredados pela atemporalidade das fantasias e medos decorrentes da angústia, podem precisar de tempo; não necessariamente por um alongamento do tempo cronológico, mas pela inserção de uma pausa, um corte no fluxo subjetivo que lhe permita, por intermédio do ato do analista, reposicionar-se em relação ao objeto de sua angústia. De acordo com Dominique Fingermann (2009b), podemos dizer que o instante da entrada do paciente e família no hospital, e o momento do *fim* (que separa, em geral, um longo tempo para compreender) são dois tempos paradigmáticos da incidência do discurso analítico na clínica no hospital.

Podemos articular diretamente a incidência do tempo lógico em nosso trabalho no CTI. O instante de ver – da entrada do sujeito na unidade – é um momento de interrogação, que equivale à emergência real de um corpo adoecido e de uma família

desamparada, diante da urgência que se antecipa. O instante de ver na urgência consiste num topar com o real sem lei. Inclui a entrada do real na urgência, momento no qual a associação livre e a escuta analítica são muito importantes.

O tempo seguinte é o tempo para compreender. Nesse tempo, verificamos que a história de vida do sujeito e seu lugar no arranjo familiar vão tomando forma no discurso da família, que, a partir da oferta de escuta do analista, vai dando lugar ao que, no instante de ver, se perdeu perante a sincronia do olhar. Esses ditos dos sujeitos na vivência da angústia tentam circunscrever algo da cadeia significativa que se rompe diante da urgência que precipita uma saída. Esses ditos apresentam-se como demandas de sentido. A associação livre desdobra, recorta, alinhava, remenda o espaço topológico da estrutura familiar. Pouco a pouco, às voltas com os ditos e queixas, eles vão contornando a realidade dos boletins médicos, desenrolam e montam a cena do tempo para compreender. Nesse tempo para compreender, o analista disponibiliza uma escuta de um lugar diferente do saber médico, desconectado da posição de saber, possibilitando ao sujeito uma direção rumo ao momento de concluir.

O momento de concluir apresenta-se enfim. Do sujeito, espera-se uma saída, que lhe possibilite respostas singulares perante a angústia. Buscaremos por meio de um fragmento clínico exemplificar a temporalidade inerente ao fazer analítico no CTI como recurso possível pela psicanálise. No momento de acolhimento posterior à internação de sua filha no

CTI neonatal, um pai questionava: “Minha filha não deve ser transfundida, doutor. Minha religião não está de acordo e tenho certeza de que ela não irá precisar”. Os dias passaram-se e o pai em seu discurso narrava ao psicanalista a história gestacional da mãe e o lugar dessa criança no arranjo familiar, mas ao médico sempre questionava quanto aos exames de hemograma realizados na criança, a fim de verificar e assegurar-se da não necessidade de transfusão. O médico prontamente lhe respondia e revelava algo do real que não cessava de ser deflagrado a partir dos exames. Dezesete dias passaram-se e os relatórios médicos indicavam a gravidade do estado de saúde da criança e a urgência da transfusão de sangue.

Era chegado o momento. Nos últimos dias, os exames mostravam ao pai uma proximidade excessiva com o real, e ele se calava e confiava de alguma maneira na intervenção divina. “Vinte mil plaquetas! Teremos que transfundir. Chame o pai, faremos

uma reunião”, disse o médico, que chamou a analista e aguardou a chegada do pai. Na sala, o médico já aguardava certa dificuldade por parte do pai e mostrava-se ansioso em alguns momentos, irritado com a situação, mas mantinha-se ali, à espera do pai. O pai, chamado para a reunião, mostrava-se angustiado. Dizia à psicanalista que já sabia do que se tratava a reunião. O momento de concluir se apresentava. “Doutor, uma fração de sangue não é sangue, o sangue é dividido em três frações; não é isso, doutor?” O médico olhou para a psicanalista, que, ao sustentar com o pai a necessidade de sua enunciação, permitiu ao sujeito uma conclusão: “O concentrado de hemácias não é sangue, é uma *fração* de sangue; uma *fração* de plaqueta não é sangue, é uma *fração* de sangue; uma *fração* de plasma também não é sangue. Estive pensando sobre isso durante todos esses dias, li vários textos e dividi essa questão com membros da minha Igreja. Sendo assim, posso dizer ao senhor que a minha filha poderá receber tal *fração*, ela poderá ser transfundida”.

O arranjo do sujeito ultrapassa a urgência médica e apresenta uma saída possível diante do atordoamento. É na urgência do movimento lógico que o sujeito/família precipita o seu juízo e a sua saída, caminhando para um momento de concluir.

Se o tempo para a psicanálise não se referênciava somente numa dimensão cronológica, entendemos que o tempo lógico possa ser um recurso importante na prática clínica hospitalar, uma vez que, no hospital, diante da angústia, o sujeito tende a responder de forma conclusiva, por meio dos atos ou impedimentos; ou seja, ruptura da possibilidade de uma articulação simbólica. O psicanalista inserido na equipe do CTI apoia-se num saber fazer que privilegia a dimensão do sujeito e a possibilidade da invenção de uma saída possível diante da angústia que se sustenta num instante de ver: *O analista se dedica a encarnar na atualidade o instante do passado. É por isso que não se trata simplesmente de saber e sim de sujeito suposto saber* (Miller, 2000, p. 52). Sustentamos que tal fazer abra uma dimensão possível para um tempo de compreender. Tal perspectiva permite-nos sustentar a especificidade da prática analítica no hospital, em que se torna fundamental sustentá-la, haja vista outros saberes que ali se apresentam.

O tempo que se abre na urgência aponta para um desnudamento significativo que tem efeitos sobre um sujeito. Portanto, torna-se importante pensar o trabalho do psicanalista no hospital diante da experiência de angústia dos sujeitos e em seu saber fazer perante a irrupção do real. É preciso abrir espaço de manejo da angústia.

Nem tudo que aparece nesses momentos é da ordem da angústia. Aliás, o que dá à angústia seu caráter de destaque, e que nos convoca a colocá-la aqui em primeiro plano, é o poder de escapar-se à palavra e precipitar-se no corpo, como palpitação, vertigem, vômito, desmaio. No entanto, é a partir dessa dobradiça entre o tempo lógico e a vivência de angústia, que pretendemos investigar nesta pesquisa como os sujeitos lidam com a urgência subjetiva no hospital geral.

Na angústia, a certeza apresenta-se de modo precipitado, sem a possibilidade de um trabalho significativo, como um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir, sem que se constitua a passagem ao tempo de compreender do tempo lógico. A angústia apresenta-se nesses momentos de urgência diante da certeza do encontro com o objeto, impossibilitando uma mediação simbólica que produza uma articulação significativa. No tempo lógico, o segundo tempo denominado por Lacan (1945/1998) de *tempo de compreender*, apresenta-se a possibilidade ao sujeito de uma articulação significativa necessária ao momento de concluir. Tal possibilidade perde-se na certeza da angústia, diante da proximidade excessiva do objeto *a*. Diante da impossibilidade dessa operação simbólica presente na angústia, o sujeito tomado pelo instante de ver/concluir depara-se com a presença sem corte do objeto *a*. O que se apresentará, pois, nesse momento, é a falta da falta. Diante da angústia, há um fechamento do tempo de compreender, o estilhaçamento deste, ficando o sujeito à deriva de uma construção singular, de uma invenção.

Esta pesquisa parte do estudo bibliográfico norteado pela teoria psicanalítica de Freud e Lacan, assim como de seus principais comentadores. Por tratar-se da psicanálise em que o conhecimento teórico se deu a partir da prática clínica, iremos utilizar também alguns recortes de casos clínicos de nossa prática para elucidar nossa pesquisa. Partiremos da psicanálise aplicada buscando articulá-la à nossa prática. A Psicanálise aplicada implica o sujeito em sua relação com o laço social e com sua realidade. Podemos ver no hospital, de maneira clara, que o trabalho do psicanalista não pode ser outro se não o de colocar a psicanálise a serviço da clínica frente às novas apresentações do sujeito no mundo contemporâneo, buscando, a partir da particularidade de cada doença – como vemos nas urgências dos hospitais –, tratar o que de singular aparece em cada sujeito adoecido. Tomar a psicanálise em sua face ampliada é colocá-la a serviço de uma clínica que possa passar do discurso médico ao discurso do sujeito, uma psicanálise aplicada no mundo, apostando no sujeito e suas saídas.

Iniciaremos nosso trabalho de pesquisa abordando no primeiro capítulo um percurso sobre o afeto da angústia. Vamos partir das elaborações freudianas acerca da concepção da angústia, sua trajetória na produção teórica desse afeto e como gradativamente este ocupará lugar de destaque em sua obra. Nós nos ocuparemos, também neste primeiro capítulo, das contribuições de Lacan e seu retorno a Freud, mesmo que subversivo, a respeito da angústia, em que Lacan, nos anos de 1962 e 1963, dedicou um seminário a esse tema. Buscaremos neste primeiro momento localizar a constituição do sujeito a partir da perda do objeto, na tentativa de localizar como o sujeito, a partir de sua constituição no campo do Outro, ficará para sempre marcado por um resto, como uma insígnia enigmática, no qual este permanecerá às voltas. Veremos que a angústia é um acontecimento do Real. Há um transbordamento deste, em que o objeto da angústia, o objeto *a*, possui a função de pressa e certeza. Verificamos que, diante da angústia, o sujeito experimenta a pressa em face de uma saída conclusiva, sem a possibilidade de um contorno significante, diferentemente da certeza produzida a partir da *asserção da certeza antecipada*, como trabalharemos adiante, no segundo capítulo, em que a noção de tempo lógico se apresentará como afirmação que levará o sujeito a uma certeza e uma saída a partir de uma compreensão, possibilitando-lhe uma abertura entre o ver/concluir que se faz presente nesses espaços.

No segundo capítulo, trabalharemos sobre o tempo na psicanálise. Partiremos da atemporalidade do inconsciente para Freud até o tempo lógico de Lacan. Tal percurso darse-á a partir da perspectiva em que, se no tempo lógico o ato é precedido por um tempo de compreender, podemos inferir que a certeza lógica não produz uma conclusão, mas, sim, o ato de concluir que produzirá uma certeza a partir da qual o sujeito poderá dar resposta na condição de sujeito. Tal recurso será importante para pensarmos sobre a noção de tempo na psicanálise, bem como a possibilidade de seu manejo no hospital, assunto que trataremos no terceiro capítulo.

No último capítulo, trabalharemos a experiência de angústia e urgência subjetiva – dos sujeitos e familiares que se encontram no momento da internação no hospital – o tempo e o trabalho do psicanalista aplicado nesse espaço. Buscaremos analisar o problema do manejo do tempo no hospital, diante da certeza que irrompe na angústia – desarticulando o sujeito de sua cadeia significante –, e a possibilidade desse manejo pelo psicanalista – encontro com o psicanalista no hospital –, em que este, a partir de sua escuta, possibilitará ao sujeito responder de outro lugar e inventar uma saída subjetiva. O

manejo do tempo lógico pode ser importante recurso do analista perante a urgência da angústia, abrindo uma pausa na pressa, fazendo uma abertura para compreender, em face do curto-circuito do ver/concluir que se apresenta nesses momentos de urgência no hospital.

1 O lugar da angústia em Freud e Lacan

Neste capítulo, trataremos do tema da angústia e da urgência e como isso afeta o sujeito a partir da perda do objeto, tendo como ponto de partida a constituição do *eu* em Freud e os desenvolvimentos posteriores de Lacan. Em seu texto *Projeto para uma psicologia científica*³, Freud (1950[1895]/1996) esboça seu primeiro modelo de aparelho psíquico, denominado nessa época de *nervoso* ou *neuronal*. Embora utilizando uma linguagem eminentemente neurológica, demonstra o papel ativo desempenhado pelo outro na constituição do sujeito.

Freud afirma nesse texto que o aparelho psíquico neuronal é constituído por três classes de neurônios, representadas por ϕ , ω , ψ ⁴, sendo estes estimulados a partir de duas fontes, o mundo externo e o interior do próprio corpo. Nesse mesmo texto, Freud fornece os elementos fundamentais para a compreensão da inscrição do sujeito em sua realidade psíquica a partir do que ele chamou de *primeira experiência de satisfação*.

É no *Projeto para uma psicologia científica* (1950[1895]/1996) que Freud irá descrever a *experiência de satisfação* vinculada à relação do sujeito com o próximo – sendo este o elo de transmissão da lei na cultura, aquele que detém o lugar de alteridade – e a satisfação. Ou seja, é por intermédio de outro ser humano, um semelhante, que se dará a primeira apreensão da realidade para o *infans* e por meio da qual este irá constituir-se. Freud deixa claro em seu texto que não é, portanto, por referência à condição biológica que o sujeito se constitui. A referência a esse semelhante, como falante, é fundamental, e esse pequeno ser estará para sempre marcado pela relação com o outro. Trata-se aqui do primeiro laço do sujeito.

Ao descrever o processo da *experiência de satisfação*, Freud aponta que o enchimento dos neurônios nucleares em ψ – que fundam a memória – apresenta como

³ Doravante denominado *Projeto*.

⁴ *Phi* recebe estímulos exógenos, enquanto *psi* recebe os estímulos pulsionais. O sistema *phi* está ligado às quantidades de energia externa, sendo estas sentidas pelo aparelho psíquico de forma intensa. Esses neurônios ϕ são perceptivos, não estão, porém, em contato com o mundo externo. O sistema Ψ *psi* são neurônios que podem ser modificados e influenciados pela excitação. Esse sistema refere-se ao sistema de memória. Somente *psi* atua na recordação. É suscetível de receber traços, inscrições dos estímulos e formar representações. Esses neurônios são divididos em duas classes: *pallium* – são investidos a partir de *phi*; ou seja, do exterior; e os neurônios do núcleo, investidos a partir do estímulo endógeno. E o sistema ω *omega* é excitado com a percepção, produzindo qualidades subjetivas, sensações. É nesse sistema que se dão as sensações de prazer e desprazer, a qualidade dos estímulos.

resultado a necessidade de uma descarga, uma urgência que deverá ser liberada pela via motora. Esse estado de urgência em que se encontra o *infans*, que reage ao desconforto, levaa à inquietude, e ele busca, por meio do choro, ou grito, uma tentativa de redução dos estímulos endógenos. Freud aponta-nos que tais estímulos estão ligados ao que ele chamou de *urgência*.

Essa noção de *urgência*, trabalhada por Freud, é a força que perturba o aparelho psíquico em sua função primeira, a função de descarga, e necessita de uma ação específica, já que o indivíduo está sob condições que devem ser verificadas com *urgência*, pois não se trata de simples necessidades, trata-se de excitações endógenas, não sendo possível, assim, uma fuga. Elas só cessam a partir de uma ação, de uma modificação no mundo externo. Essa ação deve ser exercida por um ser falante; em outras palavras, um sujeito, pois somente este será capaz de traduzir e dar um sentido a essa demanda.

Na situação de *urgência*, o *infans* expressa seu desprazer,⁵ por meio do choro ou do grito, como maneiras de descarregar essa tensão. Tal reação, segundo Freud, conduz a uma *alteração interna*. Contudo, Freud adverte-nos que nenhuma descarga dessa espécie pode trazer alívio da tensão, pois do endógeno não se pode fugir. Para Freud, o organismo desse pequeno ser é inicialmente incapaz de realizar o que ele chama de *ação específica*, aquela que deteria a tensão acumulada no interior do corpo do *infans* e que lhe causa desprazer. *O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica* (Freud, 1950[1895]/1996, p. 370).

Freud aponta que o *eu* se constitui na experiência primária de satisfação, na qual acúmulo de estímulos e excitações endógenas no bebê tem uma propensão a uma descarga motora, a uma urgência, pelo grito. Freud conferiu ao grito um lugar de destaque na constituição do ser falante. Esse grito é tanto uma descarga motora quanto um apelo ao outro.

Portanto, essa via de descarga assume a forma de comunicação primeva que se inscreve em direção ao outro e este o interpreta. É a partir do outro que o grito toma corpo na

⁵ Este eixo prazer-desprazer aparece também em Freud no texto de 1900, *A interpretação do sonho*. Nesse momento, esses conceitos são apresentados para articular consciente e inconsciente, e são pensados primeiramente como princípio do desprazer. O aparelho psíquico tem a tendência de evitar o desprazer, que está ligado à inércia. O desprazer coincide com o aumento da pressão. Freud aponta que o prazer-desprazer se dá na concepção econômica do aparelho psíquico, em que o desprazer estaria ligado à elevação de energia ou ao acréscimo de uma pressão/tensão, e o prazer corresponderia à redução da tensão pela descarga, nasceria da sensação produzida pelo esvaziamento, pela descarga.

linguagem. Essa via de descarga tem para Freud uma função secundária de comunicação de seu desamparo ao outro. É a partir desse movimento do outro e do alívio do desprazer, do malestar, que temos a representação do objeto e do movimento que comunicou a urgência; é o outro que torna a vida possível.

O apelo desse bebê servirá para promover a atenção de uma pessoa, aquela que irá proporcionar-lhe suspensão provisória desse desprazer – esse outro deverá dar significação a esse apelo. Seguimos com Freud (1950[1895]/1996, interpolação nossa): *Ela [a ação específica] se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna* (p. 370).

Nesse encontro com o semelhante, este interpreta o apelo do *infans* e a esse apelo responde ao oferecer algo, executando, assim, o trabalho da ação específica e conduzindo, portanto, esse desamparado a remover do interior de seu corpo os estímulos endógenos que se acumularam de forma contínua. Tal operação mostra efeitos de alteração interna no aparelho psíquico, constituindo, assim, a *experiência de satisfação*.

A ação específica apresenta-se a partir da leitura que um outro experiente faz desse grito, emprestando ao pequeno sujeito um sentido. Esse sentido dado pelo outro, porém, é atravessado pelo desejo deste, ficando o sujeito em constituição alienado a esse desejo. É nessa impossibilidade real do organismo do pequeno ser de realizar essa ação específica que podemos localizar o primeiro movimento do sujeito em seu mundo.

A ação específica aponta-nos para uma *totalidade do evento*, que reúne o pequeno ser desamparado e a introdução de um outro; esse último não dissociado do objeto capaz de atender à demanda no momento de urgência imposta pelo estímulo endógeno. É só a partir dessa ação que o aparelho psíquico passará a funcionar – a partir de um registro de uma imagem motora (movimento) e da memória do objeto (representação). Freud (1895[1950]/1996, interpolação nossa) afirma, em virtude do que está em jogo nesse encontro: *Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação [comunicação com o próximo], e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todas as motivações morais* (p. 370).

Nesse momento da teoria freudiana podemos pensar na dimensão ética do encontro do *infans* com seu próximo. Localizamos aqui que o estado de desamparo no qual se encontra o pequeno ser é condição para que uma subjetivação possa apresentar-

se. É a partir desse movimento primevo que o próximo passa a ser buscado como objeto capaz de realizar tal ação sempre que o pequeno *infans* se encontrar novamente em estado de urgência.

Em outras palavras, é a resposta do próximo ao apelo do *infans* que irá possibilitar a experiência de satisfação. Esse pequeno ser estará para sempre marcado pela totalidade desse evento, que para Freud (1895[1950]/1996) terá (...) *as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo* (p. 370). Tal experiência, mediada pela linguagem, produz alterações no sistema ψ , como descreve Freud (1895[1950]/1996):

(...) (1) efetua-se uma descarga permanente e, assim, elimina-se a urgência que causou o desprazer em ω ; (2) produz-se no *pallium* a catexização de um (ou de vários) neurônios que corresponde à percepção do objeto; e (3) em outros pontos do *pallium* chegam as informações sobre a descarga do movimento reflexo liberado que se segue à ação específica. Estabelece-se então uma facilitação entre as catexias e os neurônios nucleares (p. 370).

Portanto, será a partir dos investimentos dos neurônios do *pallium*⁶ e das informações sobre a descarga do movimento que produziu a satisfação que se criarão vias de facilitações, como trilhas, que irão abrir-se à medida que se realizar tal experiência. A experiência de satisfação leva a facilitações entre as imagens mnêmicas do objeto do desejo e do movimento reflexo. Nesse sentido, podemos dizer com Freud que, quando tal estado de urgência voltar a ocorrer, o investimento reativará as duas lembranças. É essa vivência que faz funcionar esse aparelho. De acordo com o exposto, Freud 1895[1950]/1996, interpolação nossa) diz:

Assim, como resultado da experiência de satisfação, há uma facilitação entre as duas imagens mnêmicas [do movimento e do objeto] e os neurônios nucleares que ficam catexizados em estado de urgência. Junto com a descarga de satisfação não resta dúvida de que a $Q\eta$ se esvai também das imagens mnêmicas. Ora, com o reaparecimento do estado de urgência ou de desejo, a catexia também passa para as duas lembranças, reativando-as. É provável que a imagem mnêmica do objeto será a primeira a ser afetada pela ativação do desejo (p. 370).

⁶ O sistema *psi* é responsável pela memória e é estimulado a partir de fontes endógenas diretamente e de fontes exógenas indiretamente. Freud divide o sistema *psi* em duas partes: *psi Pallium* e *psi Núcleo*. Os *psi* núcleos são investidos a partir de fontes endógenas (corpo), e os neurônios do *Pallium* são aqueles investidos a partir de *phi*, ou seja, do exterior, da origem a uma memória motora; portanto, está ligado ao campo da percepção. Essas memórias, ou representações dos neurônios do *Pallium*, criam trilhamentos que, com os neurônios nucleares, que estão ligados ao corpo, passam a registrar esses traços na tentativa de reconstruir o objeto a partir de uma alucinação.

Essa experiência tem uma importância significativa para o funcionamento do aparelho psíquico, pois afetará as diversas funções deste, inscrevendo traços do outro como alteridade primeva.

O que está em jogo, pois, a partir da primeira experiência de satisfação é um modo de funcionamento que, diante do reaparecimento daquilo que Freud chamou *desejo*, possibilitará reencontrar o objeto a cada experiência, o que levará a um esforço para adequar os objetos encontrados a esse primeiro, a fim de reencontrar tal objeto. Portanto, a experiência de satisfação deixa um resto: o desejo. No entanto, o encontro com o desejo não é sem angústia, visto que diante do desamparo estrutural do sujeito e da ação de desfazer-se dele surge algo de um afeto enigmático.

Vemos em Freud que a falta de uma representação do objeto está relacionada ao surgimento do desejo e, conseqüentemente, a uma *urgência* para o reencontro com esse objeto. Estamos aqui diante da relação entre a falta e o desejo, que será sustentado posteriormente por Lacan. Veremos agora como essa falta do objeto está no centro da teoria freudiana sobre a angústia.

1.1 Notas sobre a primeira concepção de angústia em Freud

Enquanto encontrava-me no aposento ao lado, ouvi uma criança, com medo do escuro, dizer em voz alta: ‘Mas fala comigo, titia. Estou com medo!’ ‘Por quê? De que adianta isso? Tu nem estás me vendo’. A isto a criança respondeu: ‘Se alguém fala, fica mais claro’. (Freud, 1916-1917/1996, p. 408.)

Foi em suas correspondências a Wilhelm Fliess que Freud começou a abordar as questões sobre a angústia⁷. Este se questionava em suas cartas sobre um ponto que lhe parecia importante: a angústia se derivava de uma inibição sexual? Essa pergunta acompanhou-o nessas correspondências, mas é no *Rascunho E* – texto sem data, provavelmente de junho de 1894, que podemos acompanhar Freud na tentativa de formular suas ideias inerentes acerca da neurose de angústia.

Podemos examinar, nesse momento de sua produção teórica, Freud em seu propósito de localizar o que na angústia se coloca em jogo. Esta, no primeiro momento, está articulada a uma psicopatologia, à neurose de angústia, o que durante muito tempo

⁷ Embora nos textos, em português, tenha sido empregado o termo *ansiedade*, optei por substituí-lo ao longo de todo este trabalho por *angústia*.

foi modelo para se pensar a primeira teoria de Freud acerca da angústia, em especial para marcar a origem sexual desse afeto.

No texto *Rascunho E: como se origina a angústia*, Freud (1894/1996, v. 1, pp. 235-241) busca, a partir da observação de seus pacientes, trazer à luz suas primeiras elaborações referentes à angústia. Nesse momento, o que ocorre para Freud na neurose de angústia é que há um acúmulo de excitação, que não encontra um caminho psíquico e acaba transpondo o limiar de excitabilidade, transformando-se em descarga afetiva em forma de angústia, sendo esta, portanto, uma descarga somática e uma sensação de prazer/desprazer.

Segundo Freud, a tensão endógena cuja fonte se situa dentro do corpo (fome, sede) só é percebida a partir do momento em que atinge determinado limiar. É somente acima desse limiar que a tensão passa a ter uma significação psíquica e o *infans* busca soluções que possam retirar-lhe desse estado de urgência como apresentamos na seção anterior. Freud aponta-nos que, quando esse estado de urgência não encontra caminho a partir da ação específica, e esta deixa de realizar-se, a tensão aumenta desmedidamente e torna-se uma perturbação no nível de angústia. Freud concebe a angústia fundamentalmente como a inscrição no corpo de uma impossibilidade de uma elaboração psíquica, em que a angústia se apresentava a partir da ultrapassagem do limiar de suporte do psiquismo; portanto, a angústia como certo excesso energético transformado em afeto. A citação a seguir indica uma reflexão de Freud (1894/1996) a respeito desse tema:

(...) a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um *afeto sexual* não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em angústia (p. 238).

Freud situa, nesse ponto como base, uma expectativa ansiosa, em que a energia se encontra livre, desligada, conferindo à angústia o estatuto de afeto mais real, mais próximo de uma descarga dessa energia, sendo esta fora de qualquer articulação. Portanto,

(...) a angústia é a sensação de acumulação de outro estímulo endógeno, o estímulo de respirar; um estímulo que é incapaz de ser psiquicamente elaborado à parte o próprio respirar; portanto, a angústia poderia ser empregada para a tensão física acumulada em geral (Freud, 1894/1996, p. 240).

Para Freud, nesse momento, existe na neurose de angústia algo parecido com uma conversão histérica; contudo, explica que na conversão histérica a excitação seria psíquica e na neurose de angústia há uma tensão física, que não consegue caminho no psiquismo, permanecendo, assim, no corpo. Podemos pensar nesse ponto de suas formulações que a angústia estaria inscrita como um produto de insatisfação libidinal, que provocaria desprazer.

A angústia aparece nas primeiras teorizações freudianas nos anos de 1890 como inscrição no corpo de uma dificuldade de ligação psíquica. Ela parte de um modelo que ultrapassa o limiar de energia do suporte psíquico, sendo vista como a modificação dessa energia excessiva em afeto.

Após esses manuscritos informais trocados entre Freud e Fliess sobre isso que o inquietava, este publica em 1895[1894] seu primeiro artigo acerca desse tema com o nome: “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’” (Freud, 1895[1894]/1996).

Nesse texto, Freud destaca as apresentações e a sintomatologia caracterizadas na angústia, considerando a neurose de angústia como uma entidade clínica. Freud descreve os sintomas da neurose de angústia, tais como: instabilidade geral – um acúmulo de excitação ou incapacidade de tolerar tal acúmulo; expectativa angustiada – visão pessimista das coisas; angústia moral; terror noturno; hipocondria; ataques súbitos de angústia acompanhados de distúrbios corporais, sudorese, dispneia, taquicardia, mal-estar súbito; vertigens; fobias e outros. Para Freud, a etiologia das neuroses de angústia está ligada – como já vimos no *Rascunho E* – a fatores econômicos, que são originários de perturbações da vida sexual de seus pacientes que não encontram caminhos para a descarga dessas excitações.

Portanto, nesse momento, a tese de Freud para se pensar a causa da angústia é que esta está atribuída à acumulação de tensão sexual, produzida por essa energia não consumada, em que o fracasso psíquico dessa descarga se apresenta no corpo. Nesse texto, Freud (1895[1894]/1996) aponta: *A neurose de angústia (...) é produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada* (p. 110). Portanto, a angústia apresenta-se a partir da transformação desse acúmulo de energia em excitação no corpo.

Freud, acossado pela questão da angústia, e certo de que o enigma desse afeto ainda não tinha sido desvendado, escreveu, em 1916-1917 na “Conferência XXV – A angústia”, sua primeira teoria sobre o tema. Freud iniciou seu artigo a partir de um ponto nodal da teoria psicanalítica, em que aponta ser a angústia um estado de afeto de que os neuróticos mais se queixam, sendo esse estado afetivo o pior sofrimento de seus pacientes: *Qualquer que seja o caso, não há dúvidas de que o problema da angústia é o ponto nodal para o que convergem as mais diversas e importantes questões, um enigma cuja solução deverá inundar de luz toda nossa existência mental* (Freud, 1916-1917/1996, p. 394).

Nesse artigo, Freud começa a trabalhar o tema da angústia buscando estabelecer a diferença entre angústia realística e angústia neurótica. A primeira remete a uma reação diante de um perigo externo, um perigo que vem de fora e tem como consequência o movimento de fuga a serviço da autopreservação. Há um estado de atenção sensorial aumentada e uma tensão motora que Freud descreve como uma preparação para a angústia. A angústia aqui aparece como um sinal, uma ação defensiva diante de uma situação de perigo, um perigo interno, pulsional, que se prepara para um perigo externo. Essa definição da noção de angústia como sinal acompanhará Freud durante toda sua construção sobre o tema, desempenhando um papel fundamental em sua teoria. Para Freud, se há um sinal, há também a possibilidade de uma preparação para o perigo que virá, sendo que esse sinal servirá para se preparar para o perigo que se anuncia: (...) *o estado de preparação para a angústia parece-me ser o elemento adequado daquilo que denominamos e a geração de angústia, o elemento inadequado* (Freud, 1916-1917/1996, p. 396).

Adiante, Freud diferencia os termos *Angst*, *Furcht* e *Sherech*. Ao termo *Angst*, angústia, Freud refere-se a um estado particular de *espera do perigo* ou de uma preparação para ele. A angústia fica nesse momento encarregada de comunicar ao *eu* sobre a proximidade de um perigo, podendo este ser desconhecido ou sem representação. Em *Furcht*, medo, ao contrário, Freud chama a atenção para o objeto, um objeto valorizado, bem definido, que causa o medo. Nesse caso, o sujeito sabe definir qual é esse objeto; ou seja, no medo o perigo é sempre determinado por um objeto valorizado, temido. Por fim, em *Sherech*, susto, o perigo aparece sem que a pessoa possa preparar-se para a angústia. *Portanto, poderíamos dizer que uma pessoa se protege do medo por meio da angústia* (Freud, 1916-1917/1996, p. 396). Quando a angústia aparece diante do

encontro com o perigo, esta pode ser útil na medida em que o sujeito pode preparar-se para enfrentá-lo. Freud faz essa distinção para explicar e marcar a diferença de como o sujeito se posiciona, ou se apresenta, diante de uma situação de perigo. Se o que se apresenta nesses momentos é da ordem de um afeto, Freud segue questionando: o que é, portanto, um afeto?

Para Freud, a angústia é um afeto, e inclui descargas motoras, inervações e sentimentos de prazer-desprazer, sendo o ato do nascimento o protótipo do estado afetivo da angústia, momento em que há enorme aumento de estímulos. De acordo com Freud (1916/1917/1996), essa primeira angústia seria o que ele denominou de *angústia tóxica*:

Acreditamos que, no caso do afeto da angústia, sabemos qual é a vivência original que ele repete. Acreditamos ser no ato do nascimento que ocorre a combinação de sensações desprazíveis, impulsos de descarga e sensações corporais, a qual se tornou o protótipo dos efeitos de um perigo mortal, e que desde então tem sido repetida por nós como rigor mortal, e que desde então tem sido repetida por nós como estado de angústia. (...) a primeira angústia foi, assim, uma angústia tóxica (p. 397).

A partir da concepção do nascimento como protótipo da angústia, Freud passa agora a considerar a angústia neurótica. Esta se refere a um perigo interno, pulsional, que é sentido pelo *eu*, sendo este muitas vezes difícil de ser identificado, em que o perigo aparece a partir de uma excitação interna. Freud descreve três formas de apresentação dessa angústia. À primeira, Freud dá o nome de *angústia expectante*, caracterizando-a como uma angústia que se apresenta de forma flutuante, pronta para ligar-se a alguma ideia. Na segunda, a *angústia das fobias*, ele a denomina como uma angústia que está psiquicamente ligada – ao contrário da angústia neurótica de ser livremente flutuante – a um objeto ou situação. A terceira forma de angústia neurótica, por fim, denominada *ataques espontâneos de angústia*, Freud aponta que nessa forma não há qualquer conexão entre angústia e perigo. São ataques espontâneos de angústia, sendo para ele a forma de apresentação desse afeto mais enigmática.

Buscando delimitar e compreender melhor o problema que a angústia ocupava nas questões da psicologia das neuroses, e sem abandonar a tese de que a angústia é libido transformada, Freud busca estabelecer, a partir da concepção de recalque, a base para construir sua primeira teoria da angústia, apontando, nesse momento de suas formulações, que o recalque é responsável pela angústia e sua causa. Freud (1916-1917/1996) afirma: (...) *portanto, a angústia constitui moeda corrente universal pela qual*

é ou pode ser trocado qualquer impulso se o conteúdo ideativo vinculado a ele estiver sujeito ao recalque (p. 404).

Para Freud (1916-1917/1996), pois, o afeto que acompanha determinado conteúdo recalcado transforma-se em angústia:

Conforme os senhores se recordarão, lidamos extensamente com a regressão, mas, ao fazê-lo, sempre seguimos apenas as vicissitudes da ideia a ser recalçada – de vez que isto, naturalmente, era mais fácil de reconhecer e descrever. Sempre deixamos de lado a questão referente àquilo que acontece ao afeto que estava vinculado à ideia recalçada; e apenas agora verificamos que a vicissitude imediata desse afeto é ser transformado em angústia, qualquer que seja a qualidade que, fora disso, ele exibia no curso normal dos acontecimentos. Essa transformação do afeto é todavia em grande escala a parte mais importante do processo de recalque (p. 410).

Para Freud, portanto, nesse momento a angústia é consequência do processo de recalque, o que mais à frente, em seu texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926[1925]/1996), poderemos ver o contrário, em que a angústia aparecerá como um precipitador do recalque.

Desde o momento de sua formulação da teoria do recalque, Freud toma a angústia como o resultado desse mecanismo. No início de seus textos, como podemos acompanhar nos escritos já citados, ele descreve esse afeto, enfatizando seu valor energético, sempre em oposição ao psiquismo, sendo esse ponto a base para a construção de sua primeira teoria acerca da angústia, em que até então esta era tomada como libido transformada após o recalque. A angústia, como libido transformada, apresenta-se como uma quantidade de libido que não encontra um caminho, um trilhamento, torna-se uma excitação acumulada, que se transforma sob a forma de um afeto de angústia. Tais questões já se apresentavam no *Projeto*, em que Freud apontava a experiência de desamparo como resultado dessa quantidade excessiva de excitação que se apresentava como uma experiência traumática.

1.2 Notas sobre a segunda teoria da angústia em Freud

Foi a partir de suas investigações sobre as neuroses atuais⁸ e as psiconeuroses⁹, que

⁸ Nas neuroses atuais, temos as neuroses de angústia, neurastenia e hipocondria, em que ocorre um acúmulo de excitação, sem ligação com a origem psíquica; originam-se de fontes de insatisfação sexual dos sujeitos, um decréscimo da libido sexual.

⁹ As psiconeuroses são compostas pelas neuroses de transferência e narcísicas, e estas são frutos de conflitos psíquicos.

Freud se defrontou com aquilo que constitui o tema de nosso interesse aqui, a saber, o problema da angústia. Suas primeiras investigações sobre a angústia aparecem em seu primeiro artigo “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’” (1895) e nas cartas enviadas a Fliess, tal como: *Rascunho E: como se origina a angústia*, datada de 1894 provavelmente. Freud ainda estava sob a influência de seus estudos neurológicos e buscava adequar a psicologia em termos fisiológicos. Foi nesse contexto que ele fez a descoberta clínica de que, em caso de neurose de angústia, havia certa tensão sexual e uma interferência dessa descarga no corpo, concluindo, assim, que existia uma excitação acumulada que escapava e tinha sua forma transformada em angústia.

Portanto, considerava a angústia como um processo puramente físico, sem interferência de fatores psíquicos. Nas fobias ou neuroses obsessivas, porém, a angústia ocorria de maneira que a presença dos fatores psíquicos não poderia ser desconsiderada. Nesse sentido, a razão do acúmulo de excitação que não encontrava seu caminho era psicológica, recalçada, mas ainda mantinha seu fator de libido transformada, (...) *a excitação acumulada (ou libido) foi transformada diretamente em angústia* (Freud, (1925[1925/1996], p. 83). Durante muitos anos, essa teoria acompanhou Freud.

Veremos agora em seu texto “Inibição, sintoma e angústia” (1925-1926/1996[25]), como Freud reelabora essa teoria, que foi um dos pontos fundamentais de sua teorização durante muito tempo, tomando a angústia agora não como libido transformada, mas como uma reação específica diante um perigo. Esse perigo seria como aquilo que envolve a separação ou a perda de um objeto amado. É a partir desse texto de 1926 que Freud estabeleceu uma formalização – condensando as elaborações teóricas – decorrente das alterações em sua teoria provinda da segunda tópica e do segundo dualismo pulsional. Nesse sentido, Freud descreveu a angústia como um sinal do perigo à disposição do *eu*.

Em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926[1925]/1996) sustenta que a angústia é um afeto, algo que se sente, um afeto que invade, cuja função é ser um sinal ao *eu*, sinal diante de um perigo. O *eu* nesse momento de suas formulações tornou-se o ponto de incidência da angústia. O abandono da tese econômica – a libido transformada – permitiu a Freud chegar a um ponto central em que o recalque não é mais a causa da angústia, mas, sim, o contrário.

Esse texto, escrito muitos anos depois de suas primeiras elaborações sobre a teoria da angústia, mostra-nos como essas questões ainda se apresentavam a Freud, mas foi a partir desse artigo, em que os conceitos ainda aparecem de forma conturbada, que ele iria corrigir-se, questionar-se, construindo, assim, sua segunda teoria da angústia.

Freud inicia seu texto buscando distinguir sintoma e inibição. Para ele, era importante a distinção entre esses conceitos, bem como sua articulação com a angústia e seu processo. Os dois conceitos não se encontram no mesmo plano: a inibição seria restrições de uma função, não tendo necessariamente uma relação com o patológico, ou seja, não está ligada a uma patologia, mas, sim, a uma restrição do *eu*, uma função consciencial do *eu*. O sintoma, por sua vez, demonstra a presença de fatores patológicos e a modificação de uma função. Por ser produto do recalque, o sintoma apresenta-se como substituto de uma satisfação pulsional. Portanto, a inibição e o sintoma apresentam uma relação íntima com a angústia, sendo formas de defesa contra o aparecimento desta.

A inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica. Podemos muito bem denominar de inibição a uma restrição normal de uma função. Um sintoma, por outro lado, realmente denota a presença de algum processo patológico. Assim, uma inibição pode ser também um sintoma (Freud, 1926[1925]/1996, p. 91).

Freud depara-se, logo no início de seu texto, com certas dificuldades que o fazem questionar sua primeira teoria da angústia, na qual considerava o *eu* como impotente contra o isso. E questiona-se: de onde vem a energia empregada para transmitir o desprazer? É nesse ponto que Freud legitima a ideia de que o *eu* tem grande importância, pois, ao opor-se aos processos do *isso*, o *eu* tem apenas que dar um sinal de desprazer para que seu objetivo seja alcançado e que todo o processo possa ocorrer, sendo a angústia esse sinal de desprazer. Nesse ponto, Freud (1926[1925]/1996, p. 97) anuncia seu distanciamento de sua primeira teoria e legitima sua nova descoberta: (...) *o eu é a sede real da angústia* (p. 97). Abandona, portanto, sua tese de que a angústia seja resultado de um impulso recalcado em decorrência de uma transformação da libido.

Conforme Freud (1926[1925]/1996), a angústia, portanto, (...) *não é criada novamente no recalque; é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente* (p. 97). O que há, portanto, na origem dos afetos, segundo Freud, é o trauma. O trauma fica como marcas, e sempre que ocorre uma situação

semelhante a essa, são reativadas as imagens mnêmicas, traços de memórias à disposição do *eu*.

Freud busca articular a vivência de desamparo, condição primordial do ser humano, com o tema da angústia, quando esta é definida como um estado afetivo, ou seja, uma quantidade de energia que provocaria um desprazer, em que este poderia ser liberado automaticamente, ou como um sinal para o eu, possibilitando que este se preparasse para evitar a reativação dessa situação traumática ou uma experiência de desamparo. Essas marcas servem como protótipo para a experiência de angústia:

(...) o ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de angústia traumática original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitações que precisam ser eliminadas (Freud, 1926[1925/1995], p. 146).

Nesse ponto de suas formulações, porém, não toma mais essas quantidades de excitações do ponto de vista de um fator quantitativo, mas da capacidade psíquica que o sujeito tem de suportar determinada carga de estímulo, tomando, assim, a dimensão da singularidade do sujeito.

Buscando formular seus estudos acerca da segunda teoria da angústia, Freud busca na clínica com seus pacientes o material para localizar suas formulações. É a partir dos casos clínicos *O pequeno Hans* (1909) e *o Homem dos lobos* (1918) que Freud irá verificar que, apesar da singularidade de cada caso, o que se apresenta em ambos é a fobia por animais, e que a força que motivou o recalque, a saber, era o medo da castração, o medo de ser castrado pelo pai. Portanto, Freud formula que a fobia aparecia como distorção da ideia de serem castrados, sendo essa ideia central a que foi recalçada. Assim, a angústia que aparece nesses relatos não é efeito do recalque, mas já estava contida no *eu*.

A angústia pertencente às fobias a animais era um medo não transformado de castração. Era portanto um medo realístico, o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real. Foi a angústia que produziu o recalque e não, como eu anteriormente acreditava, o recalque que produziu a angústia (Freud, 1926[1925]/1996, pp. 110-111).

Freud indica-nos, portanto, que a angústia sentida nas fobias não é um efeito do recalque, é uma angústia que surge no *eu*, e que, ao inverso, não parte do recalque, mas, sim, coloca-o em ação.

A angústia surge como reação a um estado de perigo vivido em determinadas situações de acordo com o desenvolvimento psíquico do sujeito. Na criança muito pequena, trata-se de um perigo do desamparo, pois ela se encontra dependente de um outro cuidador. Já na primeira infância, surge o medo diante do perigo da perda do amor dos pais. Mais tarde, diante da constatação da diferença sexual, esse perigo torna-se o perigo de castração. Mas de que perigo se trata? Freud, em suas elaborações nesse mesmo texto, aponta-nos que a angústia é um sinal diante da reação a um perigo pulsional, e esse perigo deve-se à situação traumática originária. Mas, em seu texto “Conferência XXXII – Angústia e vida pulsional”, Freud (1933[1932]/1996) retoma um ponto importante que nos esclarece a questão deixada a partir de sua formulação de que haja um sinal de perigo que tem como protótipo o nascimento. Para ele o que é perigoso e temido numa situação de perigo pode ser explicado pelo nascimento, sendo este o modelo de estado de angústia. Freud (1933[1932]/1996) afirma:

O essencial no nascimento, assim como em toda situação de perigo, é que ele imprime à experiência mental um estado de excitação marcadamente intensa, que é sentida como desprazer e que não é possível dominar descarregando-a. Um estado desse tipo, ante o qual os esforços do princípio de prazer malogram, chamemo-lo de momento ‘traumático’. Então, se colocarmos numa série a ansiedade neurótica, a ansiedade realística e a situação de perigo, chegamos a essa proposição simples: (...). De imediato compreendemos que, dotados do princípio de prazer, não nos garantimos contra danos objetivos, mas sim apenas contra determinado dano à nossa economia psíquica (pp. 96-97).

O perigo que Freud nos aponta como sendo o protótipo do nascimento decorre do excesso de desprazer gerado no momento do nascimento e que é reproduzido sempre que uma situação traumática¹⁰, em que o *eu* se apresenta impotente diante de uma exigência libidinal excessiva. Esse estado de perigo apresenta-se sempre quando um estado dessa ordem se repete. A angústia aparece perante a proximidade excessiva de um perigo da perda do objeto. Freud indica-nos que as situações de perigo se modificam ao longo da vida, mas estão sempre relacionadas a uma situação de desamparo, pois envolvem a separação ou a perda de um objeto amado. Segundo Lutterbach-Holch (2003), a situação de perigo seria, portanto, a antecipação da repetição do trauma e sinal de angústia emitido, em que a indefinição e falta de objeto estariam associados à situação traumática de uma vivência de desamparo e à expectativa do perigo decorrente do trauma.

¹⁰ O termo laciano “irrupção do real” remete à noção de trauma que está vinculada à origem dos afetos. Esse termo foi trabalhado por Freud em sua segunda clínica da angústia, quando este dá um lugar de destaque ao trauma colocando-o na origem dos afetos, em especial da angústia.

A angústia, diz-nos Freud, é algo que se sente, uma sensação que tem um caráter de desprazer. Nem toda sensação de desprazer, porém, é da ordem da angústia. O que dá à angústia seu caráter de destaque é o poder de escapar à palavra e precipitar-se no corpo.

No seu texto “Conferência XXXII – Angústia e vida pulsional”, Freud (1933[1932]/1996) reafirma alguns pontos introduzidos em “Inibição, sintoma e angústia” (1926[1925]/1996) e retoma a distinção entre angústia realística e angústia neurótica. É importante ressaltarmos que nesse texto Freud condensa grande parte dos conceitos de sua teoria, mas tomaremos neste momento somente a primeira parte deste, na qual Freud retoma suas considerações acerca da angústia como afeto.

Freud apresenta a angústia realística como aquela que aparece no encontro do *eu* com o mundo externo, em que o sujeito se encontra numa tensão motora e atenção sensorial aumentadas, colocando o sujeito em (...) *estado de preparação para a angústia* (Freud, 1933[1932]/1996, p. 86). Diante desse encontro, duas possibilidades de angústia aparecem como resultado possível: a primeira seria adequada, em função de um sinal de proteção ao *eu*, a uma repetição da situação traumática. Essa situação estaria agora antecipada por um sinal, que prepararia o sujeito na tentativa de produzir esse trauma em nível mais reduzido, podendo este adaptar-se a uma nova situação de perigo ou conduzir-se a uma fuga ou defesa. A segunda seria uma forma inadequada, em que o reencontro com o traumático levaria o *eu* à impossibilidade de desfazer-se de uma quantidade excessiva de estimulação, e a angústia aparece como um estado afetivo paralisante.

A angústia neurótica apresenta-se sob três condições: a primeira sob a forma livremente flutuante, pronta para vincular-se de imediato; essa seria a *angústia expectante*. Já a segunda seria firmemente vinculada a algumas ideias e situações de perigo externo, em que há medo exagerado. Na terceira, encontra-se a angústia que surge na histeria e em outras formas de neurose grave, em que não seja visível a relação com um perigo externo, sempre acompanhado de sintomas ou ataques independentes.

Podemos, contudo, destacar que Freud apresenta nesse texto as formas como a angústia se apresenta em face de uma situação de perigo que vem marcar um acúmulo de excitação que não encontra caminho e se precipita no corpo como sensação de desprazer, marcando o registro de um momento traumático reeditado:

(...) o que é temido, o que é o objeto da angústia, é invariavelmente a emergência de um momento traumático, que não pode ser arrostado com as regras normais do princípio de prazer. (...) momentos traumáticos, pois, nos quais a ansiedade não é despertada como um sinal, mas sim gerada de novo,

por um motivo novo. (...) São apenas as recalques posteriores que mostram o mecanismo que descrevemos, no qual a angústia é despertada como sinal de uma situação de perigo prévia. Os recalques primeiros e originais surgem diretamente de momentos traumáticos, quando o ego enfrenta uma exigência libidinal excessivamente grande. (...) No entanto não posso ver como objetar contra a existência de uma dupla origem da angústia – uma, como consequência direta do momento traumático, e a outra, como sinal que ameaça com a repetição de um tal momento (Freud, 1933[1932]/1996, pp. 96-97).

Na situação traumática, portanto, a angústia não se apresentaria apenas como um sinal, diante uma sensação de desprazer, mas também poderia ser automaticamente recriada a partir do medo em face do encontro com uma vivência de desamparo. Freud, portanto, sustenta nesse texto que a angústia se origina de duas maneiras: como substrato de um momento traumático (angústia originária) e como um sinal da reatualização do trauma originário (angústia sinal).

A angústia aparece na obra de Freud por caminhos que o levam a recuos, recomeços, embaraços e retificações, em que muitas concepções foram abandonadas. Nesse sentido, podemos encontrar na obra de Freud vários caminhos tomados por esse autor para se pensar a problemática da angústia. Tal percurso também nos convoca, ao final de nossa exposição da teoria freudiana, a dar um passo atrás, como nos ensinou Freud, quando necessário, para compreender o objeto causador do afeto da angústia, pois Freud não descarta tal objeto, tendo em vista uma passagem em seu texto de 1917, no qual afirma: (...) *onde existe angústia, deve haver algo que se teme* (p. 402). Freud nessa mesma conferência afirma-nos que a angústia é sem objeto ao passo que o medo chama a atenção por conter um objeto específico, como podemos ver no caso analisado por Freud sobre o medo de cavalos do pequeno Hans. Nesse primeiro momento, a angústia para Freud não tem objeto; refere-se, porém, à perda deste. Ele afirma, no adendo B do texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926[1925]/1996, grifos do autor), chamado “Observações suplementares sobre angústia”, que:

A angústia [*Angst*] tem inegável relação com a expectativa: é angústia por algo. Tem uma qualidade de indefinição e falta de objeto. Em linguagem precisa empregamos a palavra ‘medo’ [*Furcht*] de preferência a ‘angústia’ [*Angst*] se tiver encontrado um objeto (p. 160).

Freud, nesse mesmo texto, diz-nos que a angústia não tem objeto e que o medo teria um objeto em oposição a ela. Esse objeto do medo pode ser desconhecido; no entanto, seria suficiente conhecê-lo para que o medo pudesse desaparecer. Diante da

possibilidade de se conhecer o objeto do medo, porém, este persistiria, e uma fuga, então, seria possível. Nessa perspectiva, o objeto do medo seria um objeto nomeável, possível de ser definido a partir de um saber, um objeto da ordem de uma representação.

Freud conduz-nos em seu percurso até o ponto de considerar a angústia como sinal de algo, de um perigo desconhecido. Nesse mesmo artigo de 1926, aponta-nos que a angústia se apresenta como protótipo do nascimento perante o desamparo do recém-nascido diante de uma quantidade excessiva de tensão que o acomete. Nesse momento, a angústia produz-se automaticamente e tal tensão busca escoar através de enervações, resultando numa descarga motora pela via do choro, choro esse que poderá ser interpretado pela mãe ou pelo outro cuidador como demanda de alimento, tirando o bebê desse estado de tensão. Portanto, a partir da entrada do outro nessa cena, o bebê percebe que esse outro é capaz de tirar-lhe dessa sensação de desprazer e que o objeto (mãe) pode dar cabo dessa situação de perigo (tensão aumentada) em que ele se encontra. A angústia deixa de aparecer de forma automática e passa a ser utilizada por esse pequeno ser como um sinal da falta desse objeto. Esse sinal servirá à criança como um trilhamento, um caminho, que esta poderá servir-se todas as vezes que uma soma de tensões ameace apresentar-se. Nesse sentido, o perigo ao qual a criança está exposta é o perigo da falta de objeto. Portanto, a angústia como sinal serve ao sujeito como contorno diante do vazio deixado pelo objeto, mas além dessa borda. O que a ausência do objeto nos mostra é que o sinal dado pela angústia é um sinal que deflagra uma proximidade excessiva com esse objeto, como nos aponta Lacan em seu *Seminário X Angústia*, de 1963.

Tomando-se novamente a frase de Freud (1926[1925]/1996) de que a angústia é (...) *angústia por algo* (p. 160), podemos considerar que o objeto da angústia tão caro a Freud se apresenta na condição de um vazio, de uma inconsistência e falta de representação, sendo esse o objeto que funda o desejo do sujeito e que é o objeto da angústia. Neste trabalho, podemos acompanhar Freud em suas primeiras construções no texto “Projeto para uma psicologia científica” (1895), em que ele propõe um objeto impossível para o desejo, momento no qual o bebê experimenta a satisfação de suas necessidades mediante o auxílio de outro, o qual ele o toma como objeto. Essa primeira experiência de prazer jamais será revivida em sua completude. Para Freud, nesse texto, a saída de cena do objeto é responsável pela fundação do desejo, e tal momento passa a conduzir o sujeito sempre na tentativa de alcançar o objeto perdido (alucinando-o) e a revivenciar essa primeira experiência de satisfação.

Numa passagem de sua “Conferência XXXII”, intitulada “A angústia e vida pulsional”, Freud (1933[1932]/1996) busca recapitular o que fora dito em sua série anterior de conferências em que ele dedica a “Conferência XXV” aos estudos do afeto da angústia. Retomaremos a parte final dessa “Conferência XXXII” ainda na tentativa de circunscrever o que podemos chamar de *objeto da angústia* na teoria de Freud. Ao final de sua exposição, ainda às voltas com a complexidade dos processos psíquicos, Freud retoma o afeto da angústia e aponta-nos que tal estudo ainda se encontra sob estado de modificação e fluidez. E retoma mais uma vez o ponto em que nos apresenta a angústia como temor a determinadas situações de perigo, sendo o nascimento desse modelo do estado de angústia, em que este imprime um estado de tensão intensa, que aparece na forma de desprazer e que não pode ser livremente descarregada. A esse estado em que os esforços para livrar-se desse desprazer fracassam, Freud (1933[1932]/1996) deu o nome de *trauma* (p. 96), e completa, dizendo – pedimos licença ao leitor para retomar uma citação que já fora feita anteriormente e que nos trará algum esclarecimento sobre essa questão – que: (...) *o que é temido, o que é objeto da angústia, é invariavelmente a emergência de um estado traumático, que não pode ser arrostado com as regras normais do princípio de prazer* (Freud, 1933[1932]/1996, pp. 9697).

Podemos compreender que não há na angústia um objeto que possa ser nomeado e, nessa ótica, não há fuga possível, pois a angústia assinala um perigo interior, singular ao sujeito; este não pode ver, não pode tocar o objeto da angústia. É nessa ausência de significação para o objeto da angústia que Lacan (1963[1962]/2005), em seu seminário “A angústia”, convida-nos a compreendermos aí o surgimento do objeto como algo fora da cadeia significante, não sendo possível nomeá-lo. É nesse seminário de 1963 que Lacan (1963[1962]/2005) retifica a posição de Freud, dizendo: (...) *a angústia não é sem objeto*.

Não se trata de perda do objeto, mas da presença disto: de que os objetos não faltam. (...) Não é por ser difícil de identificar que ele não existe. Ele não existe, e sua função é decisiva (p. 64).

Para Lacan, dizer que a angústia *não é sem objeto* não implica dizer que a angústia tem um objeto determinado, pois não podemos falar de um objeto próprio da angústia. A angústia, porém, tem relação direta com o objeto, pois esta só existe por que existe o objeto. Seguimos com Lacan (1962[1963]/2005): *Essa relação do não ser sem ter não*

significa que sabemos de que objeto se trata. Quando digo Ele não é sem recursos, Ele não é sem astúcia, isso quer dizer que, pelo menos para mim, seus recursos são obscuros, sua astúcia não é comum (p. 101).

A angústia aparece como o sinal da presença desse dejetto, o que não quer dizer, adverte-nos Lacan, que, quando a angústia aparece, podemos saber de que objeto se trata. A angústia, portanto, não existe sem objeto. A tal objeto de consistência tão estranha e que nos escapa, Lacan deu o nome de objeto *a*. Trataremos destas questões da relação entre a angústia e o objeto na próxima seção.

1.3 A angústia no *Seminário X* de Lacan

Como vimos na primeira parte deste capítulo, Freud, em suas primeiras formulações acerca da concepção do aparelho psíquico, aponta-nos um objeto impossível ao desejo, que cria um estado de urgência. Propõe em seu texto “Projeto para uma psicologia científica”, de 1895, que o *infans* experimenta a satisfação de suas necessidades a partir da interpretação do outro, o que Freud chamou de *experiência de satisfação*, em que essa vivência primeira estará para sempre perdida, pois não poderá ser vivenciada novamente em sua totalidade. Para Freud, o que se apresentará após esse momento são trilhas que o *infans* poderá utilizar na busca pelo objeto de satisfação, alucinando-o. Podemos inferir que a saída de cena desse objeto, como nos aponta Freud nesse texto, inaugura o que o autor chamou de desejo, e esse desejo passará a conduzir o sujeito na tentativa de reaver esse objeto perdido e essa experiência de satisfação. Diante da perda do objeto, a satisfação torna-se impossível, e é nessa impossibilidade que o sujeito irá movimentar-se. Essa experiência, porém, é uma experiência mítica. Trata-se de um vazio. Portanto, há uma busca inesgotável desse objeto perdido desde sempre pelo sujeito desejante.

No *Seminário X*, Lacan (1962[1963]/2005) ensina que o desejo (...) *é o fundo essencial, o objetivo, a meta e também a prática de tudo que se anuncia (...), acerca da mensagem freudiana* (p. 236). Conforme Lacan, a angústia indica um ponto radical no qual o desejo se sustenta, em que o surgimento da angústia, esse afeto por excelência, está intimamente enlaçado ao momento em que o sujeito se vê diante do desejo do outro: o que o Outro quer de mim? ficando alienado, portanto, a esse desejo. *A angústia é uma*

manifestação específica do desejo do outro (...) o desejo do outro me anula (Lacan, 1962[1963]/2005, p. 169).

Diana Rabinovich (2005 p, 74, 99, 101), em seu livro *A angústia e o desejo do outro*, indica-nos que a angústia se apresenta no momento da aproximação do sujeito com o desejo do Outro, em que a fantasia seria a última das barreiras que protege o sujeito desse desejo. Sem esse recurso à fantasia, o sujeito está à mercê do desejo do Outro, sendo este o ponto de máxima angústia. A reação de angústia seria, portanto, uma reação direta em face do desamparo vivenciado diante do desejo do Outro.

Mas de que angústia se trata? Certamente não é da angústia sinal, mas da angústia primordial, essa angústia que rompe todas as defesas, a barreira protetora diante dos estímulos, para dizê-lo em termos freudianos. Qual é, então, para Lacan, a invasão de estímulos, a invasão econômica que Freud descreve, essa invasão que supera a barreira protetora? O desejo do Outro é o nome que recebe em Lacan o excesso econômico (Rabinovich, 2005, p. 99).

Rabinovich (2005) mostra-nos que, diante do encontro com o desejo do Outro, com aquilo que deveria faltar, a cena cai para o sujeito, a fantasia desvanece-se. A angústia aparece quando a cena do mundo se desvanece, causando, assim, a queda da significantização dessa cena. Diante dessa vivência de angústia, os significantes faltam ao sujeito, não sendo possível uma proteção contra a angústia.

Para Freud, a angústia sinaliza ao *eu* um perigo proveniente de outro lugar, um perigo interno. De acordo com Lacan, a noção de interior e exterior não está posta para o aparelho psíquico, em razão, segundo autor, de se ter uma superfície única, contínua, que se mostra a mesma ao ser virada sobre si, tal como a banda de Moebius¹¹. Portanto, na perspectiva de Lacan, o sinal da angústia que aparece ao *eu* não se apresenta como um perigo interno, já que é uma superfície única, mas, sim, como algo que denuncia a dimensão do Outro. É um sinal que acende no *eu* para alertar-lhe sobre o desejo, uma demanda que questiona o sujeito:

O que representa o desejo do Outro como sobrevivendo por essa vertente? É aí que o sinal adquire seu valor. Se ele se produz num lugar que podemos chamar topologicamente de eu, realmente diz respeito a algum outro. Se o eu é o lugar do sinal, não é para o eu que o sinal é dado. (...). Se isso se acende no nível do

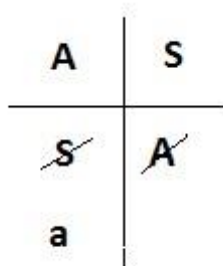
¹¹ Lacan utiliza a banda de Moebius (propriedade matemática de ser um objeto não orientável) para demonstrar a lógica topológica própria à dialética do inconsciente, que articula dentro e fora, sujeito e Outro, sujeito e objeto (como o sujeito se prende e se desprende do objeto *a*), enunciado e enunciação.

eu, é para que o sujeito seja avisado de alguma coisa, a saber, de um desejo, isto é, de uma demanda que não concerne à necessidade alguma, que não concerne à outra coisa senão meu próprio ser, que me questiona (...). Ele solicita minha perda, para que o Outro se encontre aí. Isso é que é a angústia (Lacan, 1962[1963]/2005, p. 169).

O Outro para o sujeito é correspondente ao desejo, é aquilo que falta ao sujeito e que ele não sabe, pois é nessa inconsistência de um saber sobre seu desejo que o sujeito irá implicar-se. O Outro é o lugar do significante, e é por inscrever-se no campo do Outro que o sujeito estará marcado por este, ficando, assim, dividido. É nessa divisão que o desejo aparecerá. É a partir da entrada na linguagem dada pela divisão que restará um resíduo, um resto, que não pode ser simbolizado pelo sujeito, o que Lacan chamou de objeto *a*.

Sobre esse objeto, Lacan (1962[1963]/2005) pontua que, (...) *na medida em que ele é a sobre, por assim dizer, da operação subjetiva, reconhecemos estruturalmente nesse resto, por analogia de cálculo, o objeto perdido. É com isso que lidamos, por um lado, no desejo, por outro, na angústia* (p. 179). Vejamos então como Lacan trabalha a relação do sujeito com o Outro.

Lacan trabalha a relação do sujeito com o Outro, nesse seminário, apontando que a angústia aparece no momento constitutivo da função do objeto *a*. Para delinear esse momento constitutivo, Lacan busca por meio de um esquema dividido em duas colunas escrever a operação de divisão do sujeito no campo do Outro. Esse Outro é Outro sem barra, a que Lacan chamou de A, o Outro originário e mítico, em que se encontra a sede dos significantes e é este que ficará como um quociente na operação da divisão. Do outro lado, temos S, o sujeito, como o define, ainda não existente, que precisa ser determinado pelo significante. Tal relação do sujeito com o Outro promove uma divisão: *É a partir do Outro que o a assume seu isolamento, e é na relação do sujeito com o Outro que ele se constitui como resto. (...) Dessa operação, no entanto, há um resto, que é o a* (Lacan, 1962[1963]/2005, pp. 128-129).



É a partir dessa relação com o Outro que Lacan nos mostrará que o sujeito ficará para sempre marcado por um traço, um traço significativo, ao qual Lacan deu o nome de *traço unário*¹². Esse Outro também estará marcado por uma barra. Este, porém, ainda se apresentará como a sede dos significantes. Essa operação deixa um resto não simbolizável, um resto real, fora do sentido, sendo esta a prova única da alteridade do Outro, o objeto *a*, garantia de sua falta e também de sua presença. Portanto, para falar desse afeto, teremos que incluir a relação do sujeito com o Outro, pois é a partir dessa relação que o objeto se estabelece como uma função.

É em seu retorno a Freud que Lacan irá conceber, a partir da ideia da falta de objeto na angústia, um objeto da falta. Afinal, é na divisão do sujeito no campo do outro que este poderá advir. É nesse campo que o sujeito irá construir sua imagem, e é nessa operação que algo sobra, um resto aparece: o objeto *a*. Portanto, esse *a* está nesse lugar de resto, como (...) *aquilo que sobrevive à provação da divisão do campo do Outro pela presença do sujeito* (Lacan, 1962[1963]/2005, p. 243).

Lacan (1962[1963]/2005) indica-nos que a angústia é um afeto que aparece no lugar em que deveria estar a falta, ou seja, no lugar dessa falta aparece algo, (...) *e assim a falta vem a faltar* (p. 52). Miller (2005), retomando uma passagem de Lacan, em seu “Seminário, A angústia”, aponta-nos que para (...) *Freud a angústia está ligada à perda do objeto, enquanto Lacan diz que ela surge quando a falta vem a faltar, ou seja, quando há objeto, quando há objeto demais* (p. 56). Portanto, para esse autor, a angústia não se apresenta como um sinal de uma falta, mas, sim, como o excesso de algo que deveria permanecer faltoso. Esse lugar de vazio é o lugar da angústia. Quando algo aparece nesse

¹² O traço unário tem como função garantir a repetição pela sua função fundadora do inconsciente. É a partir da repetição, imposta pela instauração do traço unário, que o sujeito irá buscar reviver a primeira experiência de satisfação, num movimento de repetição marcado por um significante. Por isso, o traço Unário é uma marca primordial significativa que marca o sujeito com uma barra.

lugar, o sujeito se apresenta de forma desorganizada, não sendo possível um contorno simbólico. Para Lacan (1962[1963]/2005): (...) *a angústia não é sinal de uma falta, mas de algo que devemos conceber num nível duplicado, por ser a falta de apoio dada pela falta* (p. 64).

Na teoria lacaniana, a angústia aponta para uma dimensão da perda, mas, não a perda da castração, em que o sujeito está radicalmente separado do objeto, mas uma suspensão da castração imaginária, em que o sujeito, como desejante, se apresenta suspenso. A angústia para Lacan aparece amarrada ao objeto *a* não simbolizável.

Como vimos anteriormente, não se trata de qualquer objeto. Trata-se de um objeto inapreensível pelo significante, insubstituível, o objeto em seu estatuto de real. Entendemos que é por estar atado a esse objeto que a angústia não desliza na cadeia significante, pois os significantes se colocam na dimensão simbólica. A angústia, no entanto, pertence à dimensão do real, em que não se pode lançar mão de imagens ou significantes que a nomeiem. Nesse sentido, o sujeito imerso na angústia está desprovido de recursos que lhe possibilitem dar um contorno pela palavra. Há uma ruptura da cadeia significante. A angústia carrega a marca do irrepresentável. Miller (2005) mostra-nos que (...) *a função essencial da angústia não é sua ligação com o desejo, mas sua ligação com o real. A angústia não engana* (p. 43).

Portanto, o objeto *a* como resto da divisão do sujeito no campo do Outro mostra-nos que a angústia, como sinal diante do excesso daquilo que deveria estar oculto, se apresenta como fenômeno de borda, deflagrando o instante em que repentinamente se dissipam os limites dessa borda, e a falta aparece preenchida. Falta um contorno simbólico e, conseqüentemente, um transbordamento que aponta para uma urgência. As bordas que marcam a identidade do sujeito ameaçam a faltar diante desse encontro com o Real, e o sujeito apresenta-se desvanecido, buscando nas inibições, nos sintomas e mais radicalmente nas passagens ao ato e nos *acting-outs* meios para livrar-se dessa angústia que o atropela. Os atos apresentam-se como precipitação radical do sujeito na tentativa de pôr fim a esse tempo que urge na angústia.

Podemos inferir que na angústia haja uma pressa por conclusão. O sujeito imerso na angústia, em face da falta da falta, como podemos localizar nos sujeitos que encontramos em nossa prática nas urgências do hospital, antecipa-se perante uma saída para lidar com esse encontro, em que o inesperado se apresenta como algo que o sujeito

não consegue nomear. Na angústia, o sujeito confundido na condição de objeto antecipa sua saída. Essa aceleração do tempo, a pressa que se apresenta no momento de urgência diante da tentativa do sujeito de livrar-se da angústia, mostra a sua entrada numa zona de confronto direto com o objeto *a*, desregulando o tempo lógico do sujeito. Essa pressa na urgência é distinta da antecipação do momento de concluir no tempo lógico, que trabalharemos mais adiante, pois, na angústia, o tempo de compreender está suspenso, o que se apresenta é um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir, instaurados pela pressa e pela certeza da angústia. Tal certeza apresenta-se ao sujeito na dimensão de que a angústia é um afeto que não engana, não é recalcado, uma certeza, porém, que não é lógica:

(...) o que não engana? Por certo o amor é enganador, e enganado. O desejo é enganado e iludido. Tudo que é da ordem do imaginário é sempre passível de se transformar, de acordo com a perspectiva, em reflexos, em sombras, em cintilações, e o simbólico já se revela em sua dimensão de semblante e de ficção. Certamente a angústia é o que não engana, mas o que não engana é o que não se deixa significantizar, não se deixa pegar pela *Aufhebung* (suspensão). Trata-se do resto real (Miller, 2005, p. 43).

Portanto, nesses momentos de extrema angústia, o sujeito precipita-se em sua saída em face da certeza não lógica da angústia. Ele não consegue dar uma resposta na condição de sujeito da enunciação, ficando confundido na condição de objeto. Na angústia, o sujeito fica capturado no instante de ver, ausência da falta do Outro. Este se vê, portanto, na pressa por concluir. Tal pressa, sem a experiência do tempo de compreender, deflagra um transbordamento da angústia, aparecendo, assim, algo da ordem do Real.

Entendemos que esses momentos de extrema angústia vivenciados pelos sujeitos no hospital suscitam urgência e, diante desta, o sujeito vê-se na impossibilidade de dar uma resposta, uma vez que tal vivência remete a um encontro traumático com o Real, fora de qualquer significação, em que este deixa, como resto não simbolizável, o objeto *a*. Esse objeto, na experiência de angústia, aparece no lugar da falta.

Lacan nos aponta em seu ensino que algo só falta a partir de uma articulação significante. Portanto, o que vemos nesses momentos de angústia é que essa falta vem a faltar, fazendo com que as articulações significantes se desfaçam na angústia. Podemos dizer, então, que na angústia o significante perde todo o seu trabalho de estabelecer um laço com o outro – laço esse que se estabelece sempre a partir da falta – e quando a falta faz falta, há um estilhaçamento da cadeia significante e o laço com o outro se desfaz.

Podemos ilustrar essa questão com uma pequena vinheta clínica do que ocorre no CTI de um hospital. Antes, é imperioso esclarecermos que, no hospital, o que podemos perceber em nossa prática clínica é que o sujeito, ao ser hospitalizado, passa por um processo de despersonalização, perde os significantes que o ordenam em uma sequência lógica de sua história. Geralmente, podemos dizer que o sujeito perde seu nome próprio, sua identidade, seus traços (retiram-lhe os óculos, a dentadura, a aliança, a identidade), e passa a ser um número de leito, ou aquele que porta agora (como uma marca) uma patologia. Deixa de ser sujeito, tornando-se assujeitado ao aparato médico, e passa a ser um corpo real, desarticulado da cadeia significativa.

Uma filha, ao entrar no CTI para visitar seu pai, que acabara de fazer uma cirurgia do coração, não o reconheceu: “Esse homem não é o meu pai, você me trouxe ao leito errado”, disse a filha à psicanalista. A filha tirou da bolsa um retrato do pai e, entre choros e gritos, reclamou por não reconhecer naquele corpo a imagem de seu pai e repetia insistentemente: “Esse não é o meu pai, esse não é o meu pai”, dizia a filha, tomada pela angústia avassaladora com o encontro com o corpo despersonalizado do pai. Podemos ver, nesse momento, como a perda de referências simbólicas e imaginárias deixa apenas o real do corpo. Diante da angústia que a atropela nesse momento, o Real faz-se presente, a falta vem a faltar e a cadeia significativa dissolve-se assim como o eu e o Outro. Lacan, em seu *Seminário IX*, aponta-nos que

(...) a angústia é o afeto que mais facilmente corre o risco de provocar uma resposta recíproca, é justamente que, a partir desse momento, nos tornamos para o Outro aquele cujas insígnias são absolutamente misteriosas, absolutamente inumanas. Na angústia, não é apenas o eu que está dissolvido, é também o Outro, enquanto suporte identificatório. Nesse mesmo sentido, vou-me situar dizendo que o gozo e a angústia são as duas posições extremas em que se pode situar o eu. Na primeira, o eu e o Outro, por um instante, trocam suas insígnias, reconhecem-se como dois significantes cujo gozo compartilhado garante, durante um instante, a identidade dos desejos. Na angústia, o eu e o Outro se dissolvem, são anulados numa situação em que o desejo se perde, por falta de poder ser nomeado (Lacan, 1961[1962]/2005, p. 291).

Nessa perspectiva, entendemos com Lacan, em seu *Seminário X*, que a angústia é o afeto que não engana justamente por não se deslocar na cadeia significativa. No entanto, os significantes enganam; estes se articulam, podem ser interpretados, recolocados. Na angústia, o sujeito extrai uma certeza na tentativa de desfazer-se dela.

Para sair desse estado de angústia, é preciso extrair alguma coisa, e a extração de alguma coisa dá-se pelo significante. É sempre a partir de uma barra significativa que o sujeito irá situar os lugares do significante, do sujeito, do outro e do objeto. Contudo, quando a falta falta, esses lugares ficam deslocalizados, não se tem uma barra para situar esse objeto no campo do Outro. Na angústia, esses lugares desfazem-se. Há um estilhaçamento da cadeia significativa. O que localizamos nas urgências do hospital é que, na vivência de angústia, os sujeitos lançam mão de respostas para fazer frente ao objeto *a*, muitas vezes alheias à articulação significativa. Sobre esse ponto, Calazans e Bastos (2010) apontam-nos:

Desse modo, temos a angústia como aquilo que o sujeito pretende contornar, o sujeito dividido pelo significante, trazendo a marca da falta como efeito desse contorno, o Outro como o lugar do discurso, ou seja, da possibilidade de laço social e do objeto como um resto fundamental para a manutenção desse mesmo discurso (p. 249).

Entendemos que, diante da experiência de angústia, o sujeito vê-se atropelado pelo encontro com o objeto. É um topar de frente com o Real. Nesses momentos de urgência, a cadeia significativa está à deriva, e os sujeitos podem apresentar-se a partir de atos e sintomas como forma de responder à angústia, (...) *podemos pensar tanto os atos quanto o sintoma como formas de resposta à angústia e de solucionar a crueza de deparar-se com o objeto sem um véu ou sem a sustentação de um discurso* (Calazans, & Bastos, 2010).

No momento de angústia, o sujeito por vezes não consegue falar, e tal fala, quando se apresenta, não se articula ao dizer. Há uma cisão na cadeia significativa, uma ruptura que destitui o sujeito do seu lugar no laço com o outro, caindo, assim, na posição de dejecto. Portanto, o intervalo que demarca o sujeito entre um significante e outro está colado. Nesse momento da falta da falta, desse encontro com o Real, algo escapa ao sujeito, e este não dispõe de marcas simbólicas nem de saídas imaginárias para situar-se perante o Real.

Lacan mostra-nos, em seu *Seminário IX*, que, diante da angústia, o que nos aparece é algo que não se pode nomear, ficando, assim, fora da cadeia significativa, como podemos ver no fragmento clínico retirado de nossa práxis no hospital, em que o simbólico se dissipa e o eu não se reconhece no laço com o Outro.

(...) a angústia responde a esse momento em que a chave não abre mais nenhuma porta, em que o eu tem de enfrentar o que está por trás ou adiante de toda simbolização, em que o que aparece é o que não tem nome, essa ‘figura misteriosa’, esse ‘lugar de onde surge um desejo que não se pode mais apreender’, em que se produz, para o sujeito, uma telescopagem entre fantasma e realidade; o simbólico se esvai para dar lugar ao fantasma enquanto tal, o eu aí se dissolve e é essa dissolução que chamamos de angústia (Lacan, 1961[1962]/2005, p. 280).

O que se apresenta nesses espaços de urgência é uma impossibilidade simbólica. Na visão de Lacan, a angústia aponta para um desnudamento significativo, e o sujeito não consegue nesses momentos lançar mão de uma significação que o ordene na cadeia, ficando este à deriva no desejo do outro. Por isso, para Lacan, a angústia é um afeto que não engana, que porta um objeto.

(...) não sei o que sou como objeto para o Outro. Diz-se que a angústia é um afeto que não tem objeto, mas esta falta de objeto, é preciso saber onde ela está: está do meu lado. O afeto da angústia é um afeto conotado por uma falta de objeto, mas não por uma falta de realidade (Lacan, 1961[1962]/2005, p. 244).

A angústia é um afeto que não engana, não é recalcado; desarticulada da cadeia significativa, ela fica às margens, desorientando, e essa aparição desagregada de sentido apresenta-se ao sujeito num momento em que este não dispõe do recurso simbólico para lidar com a angústia, situação que se apresenta no hospital de forma avassaladora, colocando o sujeito em risco, num estado de urgência; uma urgência subjetiva. O sujeito angustiado perde seu conteúdo e seu continente.

De acordo com Lacan, a angústia é um afeto que não se articula numa cadeia significativa. Nesse sentido, não se trata nesses momentos de dar uma simbolização à angústia, mas, sim, possibilitar algo da ordem de uma construção, de uma invenção singular.

No *Seminário IX*, Lacan dedica uma lição, de 4 de abril de 1962, ao afeto da angústia. Conforme Lacan (1961[1962]/2005), a (...) *angústia é a sensação do desejo do Outro, é o desejo do Outro com “o” maiúsculo* (p. 252):

O afeto da angústia é um efeito conotado por uma falta de objeto, mas não por uma falta de realidade. Se eu não me sei mais objeto eventual desse desejo do Outro, esse Outro que está à minha frente, sua figura é-me inteiramente misteriosa na medida, sobretudo, em que essa forma como tal, que tenho diante de mim, tampouco pode, de fato, estar constituída para mim como objeto, mas onde, de toda maneira, posso sentir um modo de sensações que fazem toda a substância do que se chama de angústia, dessa opressão indizível por onde

chegamos a própria dimensão do lugar do Outro, enquanto pode aparecer ali o desejo. É isso a angústia (Lacan, 1961[1962]/2005, p. 244).

Mas é, ao final da lição de 2 de maio, nesse mesmo seminário, que uma pergunta feita a Lacan, por um de seus interlocutores, nos parece interessante para pensarmos o que tratamos aqui no início de nossa pesquisa acerca da angústia e do tempo:

(...) a angústia, uma vez que ela não pode ser objeto de simbolização, porque é justamente a marca de que a simbolização não pode se fazer e se simbolizar, significa realmente desaparecer numa espécie de não simbolização de onde parte, a cada instante, o apelo da angústia. E, evidentemente, algo de extremamente rico, mas que, talvez, num certo plano lógico, exigiria alguns esclarecimentos. De fato, como é possível que essa experiência fundamental, que é de alguma forma o negativo da palavra, venha a se simbolizar, e o que é que se passa, pois, para que desse buraco central jorre algo que tenhamos de compreender? Enfim, como nasce a palavra? Qual a origem do significante, nesse caso preciso? Como se passa da angústia, enquanto ela não pode se dizer, para a angústia, enquanto que ela se diz? (Lacan, 1961[1962]/2005, p. 295)

São essas as questões que nos interpelam, apontando para o que Lacan apresenta como possibilidade de contornar, de localizar algo da ordem do real. Essa localização, para a questão que nos interessa, a saber, o manejo do tempo em situações de urgência subjetiva, dá-nos alguma orientação sobre como pensar a direção do tratamento, articulando o tempo lógico e a angústia. Nessa ótica, podemos inferir que estes também terão impacto sobre a questão da temporalidade, pois, diante da necessidade imperativa de escapar desse encontro com o real, algo urge. Há, nesses momentos de urgência, que se apresentam na cena do hospital, algo que aponta para uma saída, uma certeza antecipada. Diante disso, podemos acrescentar mais uma questão à pergunta feita a Lacan: a temporalidade não seria um modo de contornar a angústia? Não haveria algo na abertura do tempo de compreender, aqui tomado como um recurso de trabalho do analista na urgência, que possa fazer nascer a palavra nesse momento de um negativo desta?

Para isso, não podemos deixar de considerar que, a partir de Lacan, os significantes permitem contornar esses momentos em que se impõe a falta da falta. Os significantes que nesse momento podem surgir desarticulados exigem uma manobra temporal específica. Mas, para delimitá-la, precisamos, antes de tudo, tecer considerações sobre o tempo lógico, e é o que faremos no próximo capítulo.

2 Não há tempo... a perder: a urgência e o tempo no hospital geral

Alguns profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuam nos serviços de urgência e emergência dos prontos atendimentos dos hospitais são convocados a atender ao chamado da urgência médica de forma rápida e eficaz. O trabalho nesses momentos de urgência médica é tratar o mal-estar no organismo, restabelecer a saúde e salvar a vida do paciente. A pressa, nesses momentos, está presente na instituição hospitalar, e o tempo e sua experiência mostram transformações, pois, como efeito dessa pressa, nos deparamos com um fazer nesses espaços que segue um protocolo predeterminado.

No entanto, nesses momentos, não estamos lidando somente com organismos, mas também com um sujeito que tentará interpretar esse mal-estar orgânico no campo do mal estar subjetivo. A temporalidade na urgência médica, em que a pressa está presente, é vivida de forma diferente pela equipe médica e pelo sujeito que procura a instituição hospitalar. A pressa da equipe médica é para tratar o mal-estar do organismo em um curto espaço de tempo em busca do restabelecimento, porém a temporalidade do sujeito é diferente e introduz uma outra urgência que a partir da psicanálise podemos denominar de urgência subjetiva.

Como pudemos ver no capítulo anterior, quando algo da angústia irrompe, uma urgência aparece. Nesse sentido, podemos indicar que, quando algo se torna urgente a partir do aparecimento da angústia, há um impedindo de uma localização subjetiva para o sujeito, o que muitas vezes atrapalha a adesão deste ao tratamento. Assim, torna-se imprescindível considerar também nesse momento a urgência subjetiva e o tempo. Como podemos ver, o termo urgência implica o tempo, uma urgência subjetiva implicará uma outra relação com a temporalidade.

De acordo com Marcus André Vieira (2008), a urgência é *a suspensão do tempo e a dissolução do espaço. Seu momento é o de presente eternizado, sem amanhã, nem passado. Seu lugar é o vazio e seu solo nenhum. Seus correspondentes afetivos se declinam como angústia, stress e pânico* (p. 106). Para Ricardo Seldes (2008), a urgência demanda um trabalho do analista. Segundo esse autor, a passagem da urgência para a urgência subjetiva, tal qual nos interessa aqui, não se produz sem a oferta do analista, *a urgência implica um tempo de concluir acelerado, a pressa que assinala o horizonte da*

passagem ao ato. Propor uma pausa não é sem trabalho (p. 101). Vieira (2008) também nos aponta que a urgência é a fusão do ‘instante de ver’, a abertura de um horizonte novo, com o ‘momento de concluir’. O segundo deixa o primeiro para trás sem que entre os dois venha se instaurar o tempo para compreender (...) (p. 106). Essas contrações das etapas do tempo lógico nós podemos acompanhar de perto em nossa prática no hospital. Ainda sobre a urgência subjetiva, entendemos com Barros (2008) que

a urgência subjetiva se define, como o estado agudo de um sujeito cuja questão não se prende diretamente nem a uma lesão ou disfunção no corpo, nem a algum problema no campo da ordem pública – ou seja, um sujeito que nos traz uma terceira dimensão entre a dimensão médica e a dimensão jurídica. A urgência de sujeito estaria neste intervalo (p. 52).

Quando o paciente/familiar chega ao hospital geral, há algo do campo do sujeito que se apresenta, algo que aparece e que não está posto nos protocolos médicos e que escapa ao ideal do discurso que ali opera. Eles vêm em busca de tratar o mal-estar do organismo adoecido, mas nem sempre é somente disso que se trata. Diante da urgência subjetiva, o que se apresenta é um acontecimento que se mostra desarticulado de um sentido, e portanto de um saber, deixando um resto, deslocado no tempo. As urgências presentificam o tempo de maneira avassaladora. Na urgência médica, a intervenção não pode ser adiada. É preciso pressa (equipe médica), mas também pausa (psicanalista). É nessa perspectiva que o analista trabalha no hospital geral, buscando restabelecer a dimensão do sujeito que a medicina tenta deixar de fora. Romildo do Rêgo Barros (2008) nos diz em seu texto *A Urgência Subjetiva: O sujeito tem urgência?* que

um sujeito em urgência é aquele que não manifesta, em um primeiro momento, exatamente como sujeito. Quando se acolhe uma urgência, é necessário um certo tipo de aproximação para que se possa atingir o sujeito, ou melhor dizendo, para que o sujeito retome a fala (...) ou seja, para que a urgência manifeste algo subjetivo, é preciso que quem acolhe esteja em uma certa disposição, que costumamos em geral chamar de escuta (p. 50).

É relevante destacarmos que essa escuta deve se dar mesmo que se tenha que escutar os silêncios, embaraços, gritos, atuações, como podemos ver nas apresentações dos sujeitos nesses momentos. No hospital, podemos nos deparar com o intercruzamento de diversos discursos e diferentes demandas no momento em que o saber médico se mostra insuficiente para tratar de uma urgência da ordem do sujeito a ponto de interrogar o discurso da instituição que o psicanalista pode ser solicitado. É nesse espaço, nessa

lacuna, que a intervenção do psicanalista possibilita a abertura de uma outra temporalidade, dando chance ao sujeito de uma invenção singular, que irrompe a previsibilidade protocolar previstas nesses momentos de urgência médica. Na urgência subjetiva, não há como escapar de uma temporalidade singular.

Guillermo Belaga (2003), em seu texto *O psicanalista aplicado no hospital*, nos diz que *a instituição tem suas normas, mas devemos tentar construí-las visando a aceitar a fuga de sentido, a outorgar um lugar da particularidade* (p. 13). Portanto, se é na instituição hospitalar que estamos inseridos, é necessário pensarmos na temporalidade de cada sujeito, pois a temporalidade da instituição desconhece e negligencia a temporalidade do sujeito. No hospital, a luta é contra o tempo, pois não há tempo a perder, mas um tempo subjetivo a ser instalado.

Como podemos pensar, então, o tempo subjetivo no hospital, lugar onde há várias mortes anunciadas, seja do organismo sadio, dos ideais (como o nascimento de bebês prematuros, com má formação, que atropelam a fantasia do bebê ideal), das fases da vida experimentada cotidianamente? A finitude nesse espaço se apresenta de forma avassaladora. No hospital, assim como no processo de análise, o tempo e sua utilização se dão de maneira singular e distinta, sobretudo porque só podemos pensar no tempo do sujeito, quer dizer, no caso a caso. O tempo é o tempo de cada sujeito.

Se no hospital, onde fazemos um recorte de nossa pesquisa, o tempo se mostra atropelado pelos protocolos da instituição, torna-se fundamental pensar como o sujeito pode, congelado no instante de ver, diante desse curto-circuito do ver/concluir, que aparece nos momentos de urgência médica, lançar mão de uma saída que lhe permita dar uma resposta na condição de sujeito, *poderíamos dizer que a urgência é uma das manifestações da anulação do tempo de compreender* – conceito lacaniano que veremos a seguir sobre o Tempo Lógico – *a urgência indica uma restrição, uma anulação do tempo de compreender* (Barros, 2008, p. 50, interpolação nossa).

Nossa aposta é que o trabalho do analista nesse espaço, valendo-se da noção de inconsciente atemporal, trabalhada por Freud, e o conceito de tempo lógico de Lacan, possa possibilitar a abertura de uma nova temporalidade, um tempo do sujeito. É a partir da possibilidade de uma clínica que visa ao sujeito, que aposta nas saídas singulares construídas, inventadas, por este, que pensamos nossa práxis no hospital. Valemo-nos da escuta psicanalítica como a possibilidade de uma abertura de um novo tempo para

subjetivação nesse espaço. Mas de que tempo se trata na psicanálise que possibilita tratar o real da angústia?

Para pensar essa dimensão de tempo que se trata na psicanálise, iremos fazer um percurso, na próxima seção, pela noção de inconsciente em Freud.

2.1 O inconsciente freudiano, um breve percurso

Freud, desde os primórdios da construção do método psicanalítico, nos aponta sobre seu desejo de se tornar cientista. Podemos acompanhar durante sua obra seu esforço de sistematizar e estruturar o funcionamento do psiquismo. Tal esforço se mostra, primeiramente, em seu texto de 1895 *Projeto para uma psicologia científica*, texto esse que ficou por muito tempo perdido e só fora descoberto alguns anos depois de sua morte. Nesse texto, Freud busca explicar o aparelho psíquico a partir de tipos específicos de neurônios e descargas de energia, que eram produzidas por estímulos internos e externos.

É na tentativa de explicar a estruturação do aparelho psíquico que Freud busca compreender como algumas representações não se associavam ao conjunto das outras representações conscientes, trazendo enigmas e sofrimento ao sujeito. É a partir desse dado fenomênico que Freud tenta explicar o aparelho psíquico dividido em instâncias distintas que, primeiramente, ele elaborou nos termos de Inconsciente, Pré-Consciente e Consciente.

A atemporalidade do inconsciente em Freud fica mais clara se lembrarmos o contexto no qual ela é afirmada nos textos “A interpretação dos sonhos” (1900) e “O inconsciente” (1915). Nesses dois textos, Freud está preocupado em estabelecer o fundamento da teoria psicanalítica e a especificidade do inconsciente em relação à noção psicológica do aparelho psíquico. Podemos ver isso principalmente em relação ao discurso neurológico das localizações dos eventos psíquicos no sistema nervoso.

A concepção de “aparelho psíquico”, como um conjunto de lugares articulados topologicamente, surge de forma mais clara no texto de Freud “A interpretação dos sonhos” de 1900. No capítulo VII desse livro, Freud elabora um modelo tópico, no qual

o aparelho psíquico é composto por três sistemas: o Inconsciente (Ics), o Pré-consciente (Pcs) e o Consciente (Cs).

No Consciente estariam as percepções que temos pleno acesso; no Pré-Consciente estaria as representações que podem vir a se tornar conscientes, porém não estão em nossa consciência no momento; e no Inconsciente estariam as representações que, em algum momento, estiveram no Consciente ou Pré-consciente, mas que por contrariarem o princípio de prazer e de realidade foram recalçadas para o Inconsciente, verificando que elas só poderiam tornar-se novamente Consciente a partir do trabalho de análise. Tal divisão nós a conhecemos como a primeira tópica freudiana. Nesse momento, Freud atribuiu ao eu o valor do Consciente. A descoberta fundamental de Freud é que o psiquismo é dividido em distintas instâncias, cada uma com uma lógica de articulação própria. O que podemos verificar como característica fundamental na primeira tópica de Freud é que há pensamentos inconscientes que estão para além do eu consciencial.

É no artigo “Sobre o Narcisismo: uma introdução” (1914), que Freud começa a reelaborar algumas de suas formulações acerca da estrutura do funcionamento do eu. Nesse texto, Freud nos mostra uma dimensão do eu que não é consciencial. O eu se constitui a partir de um trabalho de identificação e nos mostra que esta segue a lógica do inconsciente. A escolha de objeto e a identificação são importantes para a formulação desse conceito e tornam-se essenciais a Freud para elucidar a origem secundária do eu, denominando a este a categoria de instância, na segunda tópica.

Assim, como consequência, em o “Eu e o Isso” (1923), o que Freud nos apresenta é que não era mais viável aproximar o material recalçado ao Inconsciente e o eu ao Pré-consciente e Consciente, pois seus estudos e descobertas clínicas o conduziram sobre uma nova visão do eu, verificando que neste também existira uma parte inconsciente. O Consciente se mostrou insuficiente para sustentar os desígnios do eu.

Para nossa concepção do inconsciente, contudo, as consequências de nossa descoberta são ainda mais importantes. Considerações dinâmicas fizeram-nos efetuar a primeira correção: nossa compreensão interna da estrutura da mente conduz à segunda. Reconhecemos que o Ics. Não coincide com o reprimido; é ainda verdade que tudo o que é reprimido é Ics. mas nem tudo o que é Ics. É

reprimido. (...) Também uma parte do ego também pode ser Ics. (Freud, 1923/1996, p. 31)

A noção de Inconsciente nos estudos de Freud é aprofundada para contemplar duas dimensões: uma, a noção de eu, essa parte do eu que é inconsciente e a segunda de algo que irrompe e escapa até mesmo às representações e se torna causa, o que podemos ver a partir do aparecimento do afeto da angústia. Freud irá repensar a distinção do Inconsciente, Consciente e Pré-consciente em dois grandes momentos de seu trabalho: no artigo sobre o

Narcisismo (1914), comentado anteriormente, e no texto “O Ego e o Id” (1923), em que Freud irá reformular a ideia de que há algo no Eu que é Inconsciente também.

Também uma parte do eu – e sabem os Céus que parte tão importante – pode ser Ics. indubitavelmente é Ics. (...) Quando nos vemos assim confrontados pela necessidade de postular um terceiro Ics. que não é reprimido, temos de admitir que a característica de ser inconsciente começa a perder significação para nós (Freud, 1923/1996, p. 31).

Freud começou a se interessar não somente pelas representações psíquicas que causavam desprazer ao ser humano e eram recalcadas no inconsciente, mas pela instância do eu que por não suportar tais representações as mandava para o inconsciente, pois este percebeu que havia algumas resistências que vinham do eu, se opunham ao sistema inconsciente e passavam despercebidos na consciência. Freud (1923/1996) afirma em “O Ego e o Id”: *deparamo-nos com algo no próprio ego que é também inconsciente, que se comporta exatamente como o reprimido – isto é, que produz efeitos poderosos sem ele próprio ser consciente e que exige um trabalho especial antes de poder ser tornado consciente* (p. 31). Tais observações puderam ser vistas a partir de suas investigações clínicas, pois a análise de seus pacientes apontavam que uma parte do eu também se encontrava no inconsciente. *O eu não é senhor de sua própria casa*, diz-nos Freud.

É assim que a psicanálise tem procurado educar o ego. Essas duas descobertas – a de que a vida dos nossos instintos sexuais não pode ser inteiramente domada e a de que os processos mentais são, em si, inconscientes e só atingem o ego e se submetem ao seu controle por meio de percepções incompletas e de pouca confiança –, essas duas descobertas equivalem, contudo, à afirmação de que o ego não é o senhor da sua própria casa. Juntas, representam o terceiro golpe no amor próprio do homem, o que posso chamar de golpe psicológico. Não é de espantar, então, que o ego não veja com bons olhos a psicanálise e se recuse obstinadamente a acreditar nela (Freud, 1917/1996, p. 153).

Freud é, portanto, levado, nesse momento, a pensar um novo modelo para o aparelho psíquico e sua estruturação. Em linhas gerais, o conceito de Inconsciente de Freud acompanha suas formulações sobre o aparelho psíquico. Na primeira tópica, Freud compreende o aparelho psíquico a partir de três sistemas, o sistema inconsciente, o sistema pré-consciente e o sistema consciente, porém logo depois associa o sistema pré-consciente ao consciente, deixando assim apenas duas grandes divisões, inconsciente e consciente. Na segunda tópica, na qual Freud formula sua nova teoria do aparelho psíquico, os três sistemas, Consciente, Pré-consciente e Inconsciente, foram atribuído às instâncias do Id (Isso), do Ego (Eu) e do Superego, opondo-se em absoluto à cisão vista na primeira tópica entre os sistemas Consciente e Inconsciente. Aqui, o Isso e o Eu se interpenetram. Podemos inferir que as pulsões provenientes do Isso podem irromper e de certo modo abalar até mesmo esse Eu inconsciente.

Se nesta seção esclarecemos esse percurso freudiano em relação ao Inconsciente e seus efeitos sobre o sujeito, na próxima iremos nos deter no que Freud chamou de características do Inconsciente, mais especificamente uma que vai importar diretamente para o andamento desta dissertação, a saber: o tempo no inconsciente.

2.2 O inconsciente freudiano e o tempo

É na tentativa de apreender a topologia do inconsciente que Freud desde o início de suas descobertas nos aponta sobre a atemporalidade do inconsciente freudiano. Neste texto de 1915, “O Inconsciente”, Freud nos apresenta várias características que determinam o funcionamento deste. Ele nos aponta como uma das características do sistema inconsciente a ausência da temporalidade. Para ele, os conteúdos do inconsciente não se organizam no tempo. Ele é atemporal em relação à temporalidade do consciente. E é só a partir do tempo do consciente que podemos pensar com Freud sobre a atemporalidade do inconsciente. Garcia-Roza (1992) nos aponta que uma das maneiras de compreender o inconsciente freudiano é apontar o que ele não é. Desse modo, não se estabelece com a mesma estrutura do consciente, com características próprias. No artigo “O Inconsciente”, Freud (1915/1996) nos explica

Os processos do sistema inconsciente são intemporais; isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo. A referência ao tempo vincula-se, mais uma vez, ao trabalho do sistema consciente (Freud, 1915/1996, p. 192).

Dizer que o inconsciente é atemporal pode nos trazer no primeiro momento a ideia de que o inconsciente freudiano estaria livre das dimensões de um tempo. Porém, verificamos em Freud que esse atemporal, que ele nos anuncia em vários momentos de sua obra, está ligado ao mesmo tempo a uma infinidade de tempo, a todos os tempos, a um tempo singular, a um tempo do sujeito. O tempo do inconsciente é um tempo lógico, subjetivo, é um outro tempo, não há tempo futuro ou passado.

Para Freud, o sistema inconsciente se diferencia do sistema consciente, porque o primeiro funciona articulando representações a partir do processo primário (condensação e deslocamento) na tentativa de atender ao princípio do prazer, evitando o desprazer que muitas vezes aparecerá ligado à irrupção da angústia. Para enunciar seu conceito de inconsciente, Freud parte da diferença deste para o consciente. Ele não fala de uma segunda consciência em nós, mas da inexistência de atos psíquicos que carecem de consciência no sistema inconsciente. Nesse sentido, Luiz Alfredo Garcia-Roza (1992) comenta em seu livro *Freud e o inconsciente*:

O inconsciente não é aquilo que se encontra ‘abaixo’ da consciência, nem o psicanalista é o mineiro da mente que, inversamente ao alpinista platônico da psicologia clássica, vai descer às profundezas infernais do inconsciente para encontrar, no mínimo *malin génie* cartesiano. Freud não nos fala de uma consciência que não se mostra, mas de outra coisa inteiramente distinta. Falamos de um sistema psíquico – o Ics – que se contrapõe a outro sistema psíquico – o Pcs/Cs – que é em parte inconsciente (adjetivamente) mas não o é o inconsciente (p. 170).

Podemos inferir que o inconsciente se apresenta a partir de uma outra estrutura, diferente da consciência, em que há lacunas que nos indicam um outro ordenamento, uma outra forma de funcionamento, diferente, irreduzível à organização do consciente. O inconsciente, assim, não se define como sendo apenas conteúdos esquecidos, mas um sistema que opera de forma a impor a esses conteúdos uma organização determinada. O conceito de inconsciente freudiano não designa lugar, substância ou coisa alguma. *O inconsciente é uma forma e não um lugar ou uma coisa* (Garcia-Roza, 1992, p. 174), uma função, uma função simbólica, que veremos mais adiante com as contribuições de Lacan. O inconsciente freudiano se concebe a partir de um *lugar psíquico*, porém devemos estar

advertidos de que esse lugar não é um lugar anatômico, corporificável, mas um lugar de representações¹³ psíquicas; *nossa topografia psíquica, no momento, nada tem a ver com a anatomia; refere-se não a localidades anatômicas, mas a regiões do mecanismo mental, onde quer que estejam situadas no corpo* (Freud, 1915/1996, p. 179).

O inconsciente para Freud se apresenta como uma memória que insiste em se repetir. Ele é atemporal, desconhece o tempo, nos aparece de forma descontínua, não está lá e só se apresenta nos momentos em que se tem a formação de um sintoma, sonhos, chistes, atos falhos. Contudo, somente podemos falar do inconsciente a partir de suas operações temporais. Podemos, então, anotar as características do inconsciente para Freud.

- O núcleo do inconsciente consiste em impulsos carregados de desejo, em que não há lugar para a negação.
- Não há nesse sistema lugar para a negação, dúvida, sendo a negação um substituto do recalque.
- O processo de associação de ideias é flexível e de acordo com Freud esse processo são regido pelos processos de deslocamento e condensação, o que ele denominou de processo psíquico primário, em contraposição ao sistema consciente, no qual se dá o processo psíquico secundário.
- São atemporais, isto é, desconhecem o tempo, não se ordenam pelo tempo e nem pelas ações deste. Dispensam pouca atenção à realidade e são regidos pelo princípio do prazer. Não há realidade externa, esta é substituída pela realidade psíquica.
- Esses processos dispensam pouca atenção à realidade. Estão expostos ao princípio do prazer e da regulação prazer-desprazer.

Diz-nos Freud (1915/1996): *a isenção de contradição mútua, o processo primário (mobilidade das catexias), a intemporalidade e a substituição da realidade externa pela*

¹³ Em seu artigo “O Inconsciente”, Freud (1915/1996) insere o par representação palavra/representação coisa, para nos indicar que esse par é formado pela associação da imagem acústica da palavra e da imagem visual da coisa/objeto. Para Freud, o primeiro passo para a aquisição da linguagem se dá a partir de uma imagem acústica de uma palavra.

psíquica – tais são as características que podemos esperar encontrar nos processos pertencentes do sistema Ics (p. 192).

Portanto, interessa-nos pensar, neste ponto de nossa pesquisa, que para Freud a referência ao tempo está intimamente ligada ao sistema consciente e assinala como característica do sistema inconsciente a ausência de temporalidade. Os conteúdos psíquicos inconsciente não se organizam num tempo presente. Freud em seu texto de 1920 intitulado

“Além do princípio do prazer” nos afirma que a ideia de tempo está ligada ao sistema Pcpt/Cs, sendo o inconsciente, o negativo da consciência.

Aprendemos que os processos mentais inconscientes são, em si mesmos, ‘intemporais’. Isso significa, em primeiro lugar, que não são ordenados temporalmente, que o tempo de modo algum os altera e que a ideia de tempo não lhes pode ser aplicada. Trata-se de características negativas que só podem ser claramente entendidas se se fizer uma comparação com os processos mentais *conscientes*. Por outro lado, nossa ideia abstrata de tempo parece ser integralmente derivada do método de funcionamento do sistema *Pcpt.-Cs.* e corresponder a uma percepção de sua própria parte nesse método de funcionamento, o qual pode talvez constituir uma outra maneira de fornecer um escudo contra os estímulos. Sei que essas observações devem soar muito obscuras, mas tenho de limitar-me a essas sugestões (Freud, 1920/1996, p. 39).

Em 1932, nas “Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise”, Freud insiste e precisa:

No id, não existe nada que corresponda à ideia de tempo; não há reconhecimento da passagem do tempo, e – coisa muito notável e merecedora de estudo no pensamento filosófico – nenhuma alteração em seus processos mentais é produzida pela passagem do tempo. Impulsos plenos de desejos, que jamais passaram além do id, e também impressões, que foram mergulhadas no id pelas repressões, são virtualmente imortais; depois de se passarem décadas, comportam-se como se tivessem ocorrido há pouco (Freud, 1932/1996, p. 78).

Porém, que atemporalidade inconsciente é essa de que nos diz Freud? Parece que Freud nos adverte que, do tempo progressivo do sistema consciente, o inconsciente se encontra fora. É fora desse tempo ordenado como passado, presente e futuro, regido pelas normas sociais e culturais pelas quais o sistema consciente tem que se adequar, que o inconsciente se mostra atemporal. Atemporal ao tempo do consciente. O inconsciente possui outra ordenação, em que sua atualização não cessa.

Sylvie Le Poulichet (1996), em seu livro *O tempo na Psicanálise*, nos aponta que a análise (ou a escuta, como possibilidade de nossa prática no hospital) pode provocar

tempos de atualização e anacronismos (uma falta de alinhamento) que subvertem a trama do tempo, dando um lugar aos acontecimentos psíquicos, onde estes não estão submetidos ao tempo cronológico e não se compreendem em um tempo linear. Porém, é importante ressaltarmos que é preciso dar um tempo ao sujeito... pois os processos psíquicos se realizam no tempo e para o qual, portanto, é preciso algum tempo. Nessa perspectiva, *tomar a palavra é entrar em um tempo reversivo* (Le Poulichet, 1996, p. 29).

Em seu texto “O instante catastrófico”, Le Poulichet nos aponta que este instante, que nos permite pensar no momento da chegada do sujeito ao CTI, é o presente urgente de um “desenlace” que desestabiliza toda a cena que se articulava a uma cadeia significativa. Nesse momento não há passado, presente, nem futuro, o que há é uma falha no tempo, um laço que se afrouxa.

o instante catastrófico seria esse modo temporal no qual o eu é reduzido à ponta do instante, passando incessantemente à ponta de um outro instante, que é o mesmo mas diferente: o tempo desnudado, inabitável. O ponto de vista, que articulava e acomodava as formas reais e as formas imaginárias dos objetos, não está mais no mesmo lugar. Esse ponto, ou essa série de traços simbólicos de onde o eu se via, se deslocou sob o golpe de um encontro e se confunde agora com a ponta do instante sem recuo (Le Poulichet, 1996, p. 81).

Para a autora, a abertura do instante catastrófico se dá a partir de um encontro malvindo, que faz emergir um “buraco no tempo”, que engole o passado e o futuro e desfaz a superfície do eu, aparecendo aí uma angústia intolerável. Se retomarmos o que Freud diz sobre a angústia, podemos ver como a angústia desestabiliza o sujeito a partir de seu aparecimento. Nesse sentido, o tempo que se desloca no hospital a partir da urgência que se antecipa nos leva a considerar a importância de um outro tempo ao qual o sujeito possa articular uma virada subjetiva a partir da palavra.

Veremos na próxima seção como Lacan desdobra a afirmação de Freud de que os processos inconscientes não sofrem o desgaste do tempo e como este busca em seu texto de

1945 “O Tempo Lógico e a Asserção de Certeza Antecipada” conferir um lugar decisivo à dimensão temporal da pressa e como isso pode ser importante para o tratamento dos casos de urgência no hospital.

2.3 Lacan, o inconsciente e o tempo lógico

Para Lacan (1964), em seu *Seminário XI*, o inconsciente é articulado ao tempo como algo que pulsa, e é nessa pulsação que o sujeito pode advir, *de um movimento que só se abre para tornar a se fechar numa certa pulsação temporal* (p. 121). Na urgência, o que vemos é um curto-circuito nesse tempo. Há, nesses momentos de extrema urgência, uma colagem no instante de ver com o momento de concluir – algo que trabalharemos adiante a partir do texto de Lacan *O tempo Lógico e a asserção da certeza antecipada* (1945/1998) –, no qual o que encontramos é um apagamento do sujeito. Miller (2000), em seu livro *A Erótica do tempo*, nos aponta que o sujeito se dá a partir de um *ordenamento temporal da cadeia significante*, no qual o sujeito estaria *entre o significante passado e o significante futuro, entre o significante de antes e o significante de depois* (p. 63). Podemos verificar que o ordenamento temporal do tempo de compreender é que permite uma introdução de uma possibilidade simbólica ao aparecimento do sujeito, a abertura de um tempo em que o sujeito possa se apresentar entre um instante de ver e um momento de concluir e elaborar algo a partir do inconsciente. Para isso, o analista no hospital precisa trabalhar para que nesta colagem (como podemos ver em nossa prática no hospital) entre o instante de ver e o momento de concluir, no qual o sujeito se apaga diante da certeza da angústia, possa surgir uma pausa, uma hiância, a fim de que o sujeito de desejo possa aparecer por meio de um tempo de compreender. É nessa perspectiva que podemos fazer uma aposta nas saídas criativas construídas por cada sujeito no momento de urgência. Manobras singulares que este poderá criar diante do encontro desvelado com o real.

Onde Freud descobre a atemporalidade do inconsciente, Lacan produz a atemporalidade que ele põe em função na direção da cura como *tempo lógico*. Para Lacan, como podemos ver em seu ensino, não é o passado que atropela o presente, é o Real que assola o sujeito e que o faz se produzir a partir da inscrição do significante do Outro.

Kaufmann (2003) nos aponta em seu texto *Inconsciente e Tempo* que a temporalidade do Inconsciente em Lacan é a temporalidade dessa pulsação de abertura e fechamento das operações de alienação e separação¹⁴. O Inconsciente se manifesta

¹⁴ Alienação é a operação que reside na entrada do sujeito no campo do Outro sob a forma de uma divisão subjetiva. No entanto, para que o sujeito possa se constituir como sujeito de desejo, é importante que se

sempre como o que vacila no corte do sujeito. É, portanto, um Inconsciente que se caracteriza pelo acontecimento, tendo a temporalidade de um lapso, de um clarão, um Inconsciente contingente e que surpreende. Mas de que temporalidade inconsciente nos diz Lacan? É na tentativa de elucidar a condição atemporal do inconsciente que Lacan descreve o Sofisma dos três prisioneiros em seu texto de 1945.

No sofisma lacaniano, os prisioneiros somente encontram sua liberdade após um instante de ver, um tempo de compreender, tempos lógicos no qual são capazes de calcular o disco que carregam em suas costas. Contudo esse cálculo, embora dedutível, é incerto, extraíndo cada sujeito sua certeza apenas no momento de concluir, momento que se caracteriza pelo ato que cada um faz, extraíndo desse ato, cada um, sua certeza. Há, portanto, uma precariedade do simbólico que se manifesta pela descontinuidade no tempo, uma descontinuidade que Lacan localiza no Inconsciente como a presença de um real e que somente um ato, que produz um forçamento na certeza, é capaz de concluir. Assim, o Inconsciente lacaniano somente se realiza no ato (Kaufmann, 2003, p. 64).

O Tempo Lógico tal como formulado por Lacan nos mostra que o tempo é tomado como um acontecimento lógico que permite chegar a uma conclusão de uma certeza antecipada pelo ato “sou preto ou sou branco” frente à irrupção de um Real. Porém, é relevante ressaltarmos, como já exposto nesta pesquisa, que a certeza extraída no tempo lógico se difere da certeza que aparece no momento de angústia, pois não é resultado de um saber, de uma dedução ou de raciocínio puramente lógico, mas, sim, de uma lógica da ação, de um ato de concluir devido à pressa. Nesse sentido, podemos pensar na dimensão simbólica do tempo, em que o sujeito possa, a partir das escansões do tempo e sua modulação temporal, chegar a uma conclusão. No hospital, o que vemos é um sujeito congelado no tempo e eternizado da angústia. O tempo da angústia no hospital equivale ao sujeito diante do instante de ver, paralisado, sem a possibilidade de um ato que o tire dessa condição. É um sujeito sem borda, escancarado na condição de puro objeto.

Em seu texto *O Tempo Lógico e a Asserção de Certeza Antecipada* (1945/1998), Lacan apresenta o apólogo dos prisioneiros, para considerar o momento de concluir, não mais a partir de um cálculo, mas a partir da função da pressa introduzida pelo objeto *a* necessária para que o saber passe ao dizer. O diretor de um presídio escolhe três

tenha uma segunda operação, a separação – causação do sujeito. A separação é a inscrição do desejo do Outro na falta. Nesse sentido, o sujeito precisará operar com sua própria falta, resultante da primeira operação, para responder à falta no Outro.

prisioneiros e lhes comunica sem maiores explicações que a libertação de um deles dar-se-á mediante uma prova a que deverão se submeter e que deverão resolvê-la. Anuncia-lhes a existência de cinco discos que só diferem pela cor, sendo três brancos e dois pretos. Sem que lhes seja informada a cor, o diretor irá escolher três discos entre os cinco citados, que deverão ser fixados, respectivamente, nas costas dos três prisioneiros. Explica-lhes então a prova: cada um deles terá a oportunidade de ver a cor dos discos de seus parceiros, mas continuará na ignorância da cor de seu próprio disco. Os prisioneiros não poderiam relatar aos outros a cor dos discos que se encontram nas costas de seus parceiros, sendo isso de substancial importância, pois é intrínseco ao interesse de cada um. O primeiro que pudesse deduzir a sua própria cor seria favorecido com a liberdade proposta.

Para finalizar, o diretor ainda esclarece que a conclusão de cada um deve se regular por motivos de lógica e não somente de verossimilhança. O primeiro a formular a resposta deverá transpor determinada porta para que, em particular, coloque a sua resposta em julgamento. Após algum tempo de observação, os três sujeitos avançam em direção à porta, com o propósito de fornecer a sua resposta de modo particular como foi sugerido pelo diretor.

Sou branco, e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: ‘Se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo, não sou preto’. E os dois teriam saído juntos, convencidos de ser brancos. Se não estavam fazendo nada, é que eu era branco como eles. Ao que saí porta afora, para dar a conhecer minha conclusão (Lacan, 1945/1998, p. 198).

À sequência linear e sucessiva do tempo cronológico, Lacan opõe assim a pulsação do tempo lógico, que ele divide em três momentos: o instante de ver – definido como um instante de clarão; o tempo para compreender – tempo de hesitação, adiamento e elaboração; e o momento de concluir – quando a pressa e a urgência levam à conclusão. No exemplo proposto por Lacan, o momento de concluir não se precipita sem que antes haja uma pausa, um intervalo no qual a ação de cada um permanece suspensa na dependência da resposta do outro. O tempo do sujeito, o tempo lógico, nos exige sempre e de novo um tempo de compreender.

Lacan nesse texto de 1945, modula o tempo de acordo com uma operação que se desenvolve num tempo que não é cronológico, mas que obedece a uma lógica de

circunstâncias, produzindo, assim, uma estrutura lógica do tempo. O tempo lógico, portanto, deve ser o tempo necessário para que se possa produzir uma conclusão a partir do que não se sabe.

O instante de ver, seria, então, a primeira escansão temporal. Nesse instante de tempo, podemos ver um sujeito embaraçado no tempo, um tempo instantâneo. É um tempo soberano que num instante pode engolir todo o tempo para compreender, como podemos ver em nossa prática no hospital. O instante de ver é um momento de fulguração em que o tempo é igual a zero. Isso corresponde a um sujeito impessoal, no qual não há uma subjetivação ou um raciocínio, apenas uma constatação do que se pode ver nesse momento. Vejamos como podemos localizar esse instante de ver em um fragmento clínico retirado de nossa prática clínica no hospital: uma senhora de 79 anos fora internada no hospital com sérias dificuldades respiratórias ao menor esforço. Ao ser informada de uma disfunção no coração, nega-se a fazer a cirurgia que poderia, segundo o médico, lhe trazer uma “melhor qualidade de vida”. O médico chama a psicanalista para que esta possa “intervir” neste caso, pois a paciente está disposta a abandonar seu tratamento e assinar um termo de “responsabilidade” para voltar para casa. Ao chegar ao quarto, a analista encontra a senhora, entristecida, angustiada. Ela narrava em seu discurso toda sua história de vida. Temia não poder mais, a partir da cirurgia cardíaca, cuidar de sua horta e seu pedacinho de chão, de onde tirava de lá seu sustento e de seus filhos, que já crescidos ainda moravam com ela. O instante de ver aflige o sujeito, que não tem nesse momento uma certeza sobre seu futuro. Ele vive um presente de angústias. O que temos aqui nesse fragmento clínico é uma colagem do instante de ver e do momento de concluir. O tempo futuro ameaça o sujeito de forma avassaladora.

Nesse fragmento clínico, podemos inferir, assim como no Sofisma dos três prisioneiros apresentado por Lacan, que o instante de ver produz um embaraço que advém da consideração de que o sujeito pode tomar algo como verdade a despeito da falta de saber. Aqui, o tempo é igual a zero. O que vemos é um sujeito suspenso diante da urgência que se antecipa nesses momentos. O que podemos verificar em nossa prática no hospital é que o sujeito em uma vivência de angústia se encontra atrasado no tempo, não dispendo de um tempo que lhe possibilite à uma conclusão. Portanto, fica preso ao primeiro momento (instante de ver) sem a possibilidade de construir uma hipótese sobre si.

No hospital geral, principalmente nos Centros de Terapia Intensiva (CTI), o paciente e seus familiares vivenciam momentos de tensão, que chamamos aqui neste trabalho de urgência subjetiva. O sujeito (paciente ou familiar) que participa dessa cena, desses momentos de extrema urgência, se depara com uma certeza que escancara um Real que não se articula a uma cadeia significante. Algo escapa nesses momentos deflagrando um vazio/intervalo que aponta para uma certeza vacilante do sujeito.

Esse intervalo pode durar um longo tempo, sem garantias para o sujeito que vivência esse momento. Nesse intervalo de tempo, localizamos o que Lacan chama de “instante de ver” – primeiro movimento lógico – quando o sujeito vacila, mostrando uma escansão na cadeia significante, uma ruptura que mostra a divisão do sujeito. A análise das escansões se dá por um corte/ato do analista, para que o analisando possa se dissipar de suas fantasias. Há um esvaziamento da significação, que instaura uma pressa para advir o momento de concluir. Porém, o que vemos no hospital, no momento de urgência, é uma inversão. O corte já está posto *a priori* de forma radical – há um curto-circuito entre o ver/concluir – e é esse corte que faz o sujeito vacilar em suas certezas.

No hospital, a função do corte é exercida pelo próprio atravessamento do Real que está posto nas situações de urgência. Nessa perspectiva, é preciso um movimento, um deslocamento subjetivo que vise a uma saída, uma saída criativa. A solução desse momento – ao contrário da solução encontrada no Sofisma de Lacan – pode ser uma tomada de decisão radical. Isso nos leva a considerar que no hospital há um corte radical, uma tensão temporal que não possibilita ao sujeito um tempo para compreender importante ao momento de concluir.

Nesses momentos de urgência, abre-se uma temporalidade avassaladora, que o coloca na condição de puro objeto. É preciso um outro tempo; um tempo para compreender. E é nesse momento que o psicanalista poderá trabalhar na tentativa de possibilitar ao sujeito uma abertura para um outro tempo, um tempo que vise a recolher os objetos *a caídos* e articulá-los a uma nova cadeia significante do sujeito em que manejamos o tempo de compreender.

O tempo de compreender, a segunda escansão temporal apresentada por Lacan nesse texto, é o tempo de meditação, da formulação de uma hipótese. Ao nos colocarmos no lugar do outro e raciocinar, sou branco ou sou preto, como vemos no Sofisma de Lacan, vemos um tempo que vacila em seu limite, podendo, inclusive, ser engolido pelo

instante de ver. Para o autor, esse tempo é incomensurável. Aqui, temos um sujeito transitivo, em que a posição deste depende do outro, da passagem pelo outro, sendo esse tempo crucial à emergência de um sujeito. Nesse segundo tempo, Lacan nos aponta em seu Sofisma que os prisioneiros se identificam uns com os outros e essa possibilidade de se colocar no lugar do outro e supor o que eles veem é o que permite a cada um deles formular sua hipótese. Porém, logo após esse movimento de emergência do sujeito, acontece o que Lacan chama de dessubjetivação que termina em um ato, como vemos no exemplo dos prisioneiros. Ou seja, é chegado o momento de concluir, o momento de concluir o tempo de compreender.

Buscaremos, a partir de outro fragmento clínico recolhido de nossa prática no hospital, elucidar o que ora se apresenta neste momento da pesquisa. Recebemos um pedido de acompanhamento psicológico para um paciente de 42 anos que havia sofrido um acidente de carro que o deixara paraplégico. No primeiro contato com o paciente, a analista vai ao quarto deste e se apresenta. Este não diz nenhuma palavra, não mostra nenhum interesse em falar... Abre-se um longo silêncio, recusa-se a conversar. A analista, então, disponibiliza voltar em um outro momento e marca um outro atendimento. No segundo momento, dois dias depois, a analista chega ao quarto do paciente e o encontra com uma toalha nos olhos. Mantém-se em silêncio. A família nesse momento relata à analista que o paciente se encontrava apático, com o humor deprimido, entristecido. A analista busca um segundo contato, porém sem sucesso. Os familiares mostravam algum manejo diante da realidade vivida, mas se apresentavam angustiados frente à apatia do paciente: um paciente que não se apresentava, velando seu corpo com essa toalha.

No dia seguinte, a analista chega cedo ao quarto do paciente. Este novamente com a toalha nos olhos. Fala a analista pela primeira vez: *Não perca seu tempo comigo, você já esteve aqui algumas vezes e eu não preciso de psicóloga!* A analista diz ao paciente: *Este tempo não é meu, este tempo é seu!* Abre-se novamente um longo silêncio... Mas dessa vez o paciente, após algum tempo, tira a toalha que lhe cobria os olhos e olha a analista. Novamente, abre-se um longo silêncio... Ela se despede e marca um novo encontro. Podemos considerar que:

O ato do analista introduz aí uma descontinuidade, expondo, flagrando, esvaziando a suposição sincrônica que espera uma solução de continuidade. A atualidade do analista, o seu ato 'em tempo', o seu corte no tempo da sessão,

tem uma incidência clínica na intemporalidade do sujeito do inconsciente (Fingermann, 2009a, p. 62)

No outro dia ao chegar ao quarto do paciente, a analista o encontra acordado, um pouco mais comunicativo, interativo, sem a toalha que lhe cobria os olhos, e este a chama para conhecer sua história. Abre o *notebook* que se encontrava sobre uma mesa improvisada para ele e, a partir de um acervo de fotos, vai narrando à analista sua história de vida. Ele relata à analista a “*tragédia*” que havia lhe ocorrido e a dificuldade de se “*ver*” naquela situação. Conta que quando escutava o barulho do sapato da analista, pelo corredor de seu quarto, cobria seus olhos, pois não “*via*” mais uma possibilidade de caminhar em sua história. Não queria falar sobre seu acidente, “*não encontrava palavras*”.

A história do sujeito vai tomando forma em seu discurso. É com pedaços de objetos que esse sujeito busca se reconstruir, pedaços de objetos soltos; um corpo mortificado pelo acidente, o objeto olhar, que num instante engolia a possibilidade de uma significação, e o objeto voz (da analista, que aparece significantizado pelo barulho de seu sapato).

Porém, a possibilidade de uma saída frente ao horror de seu acidente só foi possível a partir da abertura de um tempo para compreender, um tempo simbólico, que se abriu com a oferta de uma escuta e de um significante que foi recolhido de sua fala e que se tornara caro ao sujeito; “*tempo*”: um significante que o sujeito traz em seu discurso. “*Não perca o seu tempo*”, diz ele à analista.

Contudo, a analista, ao apontar ao paciente que este “*tempo*” o pertence, abre um outro tempo, um tempo que não tem mais a duração de um clarão, mas um tempo de um momento. “*Este tempo é seu*” mostra ao sujeito que ele ainda tem tempo, descolando este de um curto-circuito entre o que se viu (num instante) e o que se pode concluir (num momento) a partir de sua “*tragédia*”. O paciente, a partir da fala, teve um tempo que lhe era necessário como sujeito para se situar em sua nova realidade. Só *a posteriori* pôde falar de algo que já estava lá, um real que o atravessava.

A partir desse fragmento clínico, podemos dizer que o que temos nesse segundo tempo é um avassalamento que o real impõe nesses momentos, como nos indica esse paciente. Diante da paraplegia causada por um acidente, ele recorre a fotografias de seu tempo de atleta nas quais seu corpo, em sua integridade imaginária, é resgatado como

recurso diante do impossível do momento presente, buscando dar um contorno imaginário ao que de real se apresenta. Sustentamos assim, com Laurent (2012) que o corpo imaginário se apresenta como consistência análoga ao corpo simbólico ao fornecer coordenadas *que permitem nos virarmos, o modelo (online)* frente ao não saber do corpo real. *Não estamos mais na época do imaginário depreciado em relação ao simbólico, é o imaginário na medida em que ele nos dá as coordenadas fundamentais para viver nesse mundo. A gente se vira com as imagens (...). Imaginário e Real são aqui colocados em continuidade (online)*. Podemos inferir que o trabalho do psicanalista nesses espaços de urgência é possibilitar que um contorno possível possa advir da palavra. Trata-se, na clínica psicanalítica, da busca de um arranjo possível, arte singular que, como define Lacan (1975-1976/2007) *desde o recôndito dos tempos, aparece-nos sempre como nascida do artesanato* (p.23).

O tempo de compreender é o tempo marcado por uma possibilidade de construir sobre si uma hipótese, uma resposta singular a partir daquilo que se perdeu diante da urgência no instante de ver. Podemos perceber nesse fragmento clínico que, num primeiro momento, o paciente se vê embaraçado na velocidade do instante de ver. Há o tempo de um instante, um clarão que cega o sujeito, um instante de tempo que pôde engolir todo o tempo necessário para que este pudesse construir uma resposta sobre si, fazendo uma colagem com o momento de concluir. Ele, porém, não queria ver e cobria com a toalha seus olhos diante da possibilidade de falar. É só num terceiro tempo, em detrimento dos tempos anteriores, que ele a partir da oferta de escuta da analista pode fabricar uma sutura em sua cadeia significativa. O tempo de compreender é esse tempo que não pode ser mensurado, calculado, e só se chega ao fim desse tempo de compreender a partir de uma asserção conclusiva. O momento de concluir, portanto, é um momento de pôr fim a um tempo de compreender.

O tempo lógico, tal como trabalhado por Lacan, é marcado pela retroação, quando cada tempo (momento, instante) depende do tempo anterior. Por isso, torna-se significativo entender como o tempo se desenrola na urgência, tendo em vista que o tempo de compreender na urgência aparece como tempo nulo. Há uma anulação do tempo de compreender nas situações de urgência e conseqüentemente um apagamento do sujeito e da possibilidade de uma subjetivação frente ao embaralhamento da lógica do tempo.

Figueiredo (2002), em seu livro *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos*, nos aponta que, para que a clínica psicanalítica possa ser reconhecida nos diferentes locais onde circule, há que se pensar na prática do analista e em três condições importantes para seu trabalho: a primeira condição seria a realidade psíquica do sujeito como campo de trabalho do analista; a segunda condição, a transferência – esta como condição para o tratamento, mola propulsora e também como resistência, que deverá ser manejada pelo analista; e a terceira, a concepção do tempo, “o *a posteriori*”, sendo esse tempo não um tempo como uma ação do passado sobre o presente, mas uma reorganização, uma reinserção dos traços de memória, em que o tempo não é controlável, nem previsível, em que o trabalho de elaboração se dá no “só depois”, num tempo para compreender. Diz-nos diz Figueiredo (2002):

o que se impõe aqui como terceira condição é uma determinada concepção do tempo que é a mola-mestra da interpretação: o *Nachträglichkeit* – *a posteriori* ou posterioridade, que também podemos chamar de ‘só depois’. Uma palavra ou ação do analista só tem valor de interpretação, como efeito, num tempo posterior (p. 125).

Assim, portanto, podemos inferir, a partir da descoberta freudiana do inconsciente e sua atemporalidade e das contribuições de Lacan, que são fundamentais dois tempos para que o sujeito possa se situar, pois é sempre num segundo tempo que este poderá ressignificar de forma retroativa o primeiro; ou seja, será sempre necessário um segundo tempo ao sujeito. Podemos dizer que a realidade psíquica do sujeito é constituída em um tempo que não é cronológico, que não respeita uma lógica linear. Ele é atemporal. Portanto, é importante pensar que o trabalho do analista e sua intervenção só podem ser colhidos no “só depois”, no *a posteriori*.

Passemos então à terceira escansão temporal de Lacan. O momento de concluir. Aqui, encontramos a dimensão e a função da pressa, pois como vemos no sofisma de Lacan – a partir da solução encontrada pelos prisioneiros – há que se concluir com certa urgência antes que os outros concluam. O sujeito neste momento se descobre atrasado, pois precisa concluir, antes que o outro o faça. Portanto, o momento de concluir é o momento quando o ato se antecipa ao próprio Sujeito, o que Lacan também chamou de “tempo do Sujeito de uma certeza antecipada”. Esse ato é um ato que dessubjetiva o Sujeito, extrai a subjetividade deste, reduzindo-o ao ato. Mas não qualquer ato, e sim um ato de responsabilidade – no caso dos prisioneiros, nesse texto de Lacan, um ato de

responsabilidade pela sua liberdade. Um ato de liberdade que passou pelo outro, mas que não dependeu do outro, pois implicou uma separação deste.

Fingermann (2009a) nos diz que o momento de concluir é o ato do analisante. O momento de concluir interrompe a diacronia da associação livre. Essa interrupção da sua sucessão é da ordem do ato que se faz sem o saber suposto ao Outro e produz a sua suspensão.

Ram Mandil (2001), em seu texto *Tempo e Ato Analítico*, nos aponta que o ato pode ser considerado como uma descontinuidade pontual, suplementar em relação à temporalidade da experiência.

O ato pode ser considerado a partir de uma baliza epistêmica, precedido pelo que constitui enigma para o sujeito e produzindo ou participando da geração de uma certeza (...) o ato é precedido por um tempo para compreender e é tributário do momento de concluir esse tempo para compreender. Trata-se de um contexto que nos permite situar, por exemplo, a clínica das urgências, na qual a passagem ao ato evoca uma fusão entre o instante de ver e o momento de concluir (*online*).

Retomando Fingermann (2009a), podemos ver que é no momento de concluir que o sujeito pode, enfim, fazer uma asserção e produzir, num momento de um ato, um sujeito desprendido da suposição que este atribui ao outro. Como podemos ver no Sofisma de Lacan. *No fim o momento de concluir é o ato do analisante* (Fingermann, 2009a, p. 70).

O manejo do tempo em análise – seja no *setting* analítico ou no encontro com o analista – como podemos verificar em nossa prática no hospital – tem consequências para o trabalho do sujeito em relação aos seus modos de gozo. O manejo desse tempo na experiência analítica inclui todas as três dimensões temporais. No entanto, o que temos na urgência é um embaralhamento da lógica do tempo. Assim, torna-se imprescindível colocar a questão sobre a especificidade do tempo na urgência.

Recalcati, em seu texto *A questão preliminar na época do Outro que não existe* (2004), nos aponta que cabe ao analista defender o sujeito do inconsciente. No hospital geral, e de maneira mais crítica nos Centros de Terapia Intensiva, o sujeito está à mercê do discurso da ciência, tendo em vista que esse discurso promove uma anulação desse sujeito no tempo. Inclusive, a impessoalidade do hospital faz com que o tempo seja anulado, sendo marcado apenas como cronológico em torno de regularidades, implicando uma possível perda de referências subjetivas. O trabalho do analista no hospital é criar

condições para que o sujeito possa emergir; portanto, o que o analista precisa, antes de mais nada, é inferir algumas amarrações para que o sujeito de forma singular possa constituir um sintoma propriamente dito (como vimos no fragmento clínico citado), pois o sintoma que aparece no hospital não é um sintoma como cifração de desejo – assim como não há uma demanda de atendimento ao analista – uma vez que a angústia nesses espaços toma a dianteira –, o que está em cena em primeiro lugar é a angústia, e não o sintoma. No hospital, um Real sem lei pode aparecer sob a forma de angústia, atos de despersonalização, inibição..., e o encontro marcado por esse Um deve ser singular para cada sujeito. É importante um trabalho preliminar – podemos inferir que esse trabalho preliminar seria todo o tratamento possível no hospital – nesses espaços de urgência que possibilite que o sujeito do inconsciente possa se apresentar e a lógica de um tratamento, enfim, possa começar, fazendo valer a máxima lacaniana de um

“Sujeito, enfim, em questão”.

Esse trabalho de Recalcati nos ajuda a pensar como nessa questão da urgência é necessário um tratamento preliminar que permita ao sujeito se introduzir na lógica de um tratamento analítico. Seria um tempo preliminar para possibilitar a abertura de um novo tempo, um tempo do sujeito, que não feche as portas do inconsciente. Portanto, como nos aponta esse autor, é fundamental levar em consideração uma questão preliminar para o trabalho do analista no âmbito social – no Hospital; “*fazer existir o sujeito do inconsciente*” na clínica atual. O trabalho do psicanalista no hospital é um trabalho preliminar que possibilita criar condições para se operar com a psicanálise nesses espaços. É uma operação para que as peças do xadrez analítico possam acontecer, conforme nos aponta Freud (1913) em o “Início de Tratamento”:

Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolve após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo. (...) as regras, que podem ser estabelecidas, para o exercício do tratamento psicanalítico, acham-se sujeitas a limitações semelhantes (p. 164).

Aqui, temos uma possibilidade de delinear uma relação semelhante entre o tempo lógico de Lacan e essa analogia que Freud propõe em seu texto de 1913. Do mesmo modo que no jogo de xadrez, em que é possível formalizar e logicizar o início e o final, não sendo possível definir de antemão o modo como a partida se desenvolverá – senão após

seu término –, assim também acontece nos três tempos lógicos de Lacan. Podemos formalizar o instante de ver e o momento de concluir, seja no modo como se estrutura uma interpretação, seja na forma como se articula um final de análise. Já o tempo de compreender, tal como os desdobramentos do jogo de xadrez, só pode ser verificado *a posteriori*.

Para Freud, em um processo de análise, só podemos saber de seu início; porém o jogo da análise se faz a partir das várias saídas e estratégias singulares apresentadas pelo sujeito. Segundo Freud, no percurso de uma partida entre os dois momentos (abertura e final), temos um tempo que se desdobra em infinitas saídas e que para estas não temos descrição. Por isso, podemos inferir que é preciso um tempo entre a abertura – instante de ver – e o final – momento de concluir – para que se possa compreender, sendo esse tempo de compreender um tempo de infinitas possibilidades.

A abertura de um tempo para compreender no momento de urgência em que se depara o sujeito em um hospital nos mostra que, tal como no jogo de xadrez, o que temos é uma abertura do instante de ver colada ao final do momento de concluir, sendo importante um outro tempo que irá se desenrolar a partir da subjetividade de cada sujeito e da oferta de uma escuta. No terceiro capítulo, iremos abordar mais de perto questões sobre o tempo e a urgência, a partir de nossa prática na instituição hospitalar, fazendo um recorte do trabalho do psicanalista no Centro de Terapia Intensiva. Buscaremos analisar como se dão as aberturas – tempo – quando o que está em cena em primeiro lugar na urgência no hospital é a angústia, e não o sintoma.

3 Autorizar-se a aplicar a psicanálise no hospital: o psicanalista aplicado

Vimos nos capítulos anteriores a importância de se trabalhar o afeto da angústia e como ela pode irromper a cadeia significativa impactando a temporalidade subjetiva – principalmente frente à urgência no hospital –, deixando o sujeito deslocalizado no tempo. Neste capítulo, iremos tratar da questão da urgência no hospital geral. Este capítulo objetiva tematizar como a questão da urgência subjetiva, que tomamos como tema de pesquisa neste trabalho, se dá no contexto hospitalar. Acreditamos que se trata aqui de um trabalho que se estabelece a partir da psicanálise aplicada. Iremos expor primeiro o que é psicanálise aplicada, como a urgência se situa dentro desse contexto e como se realiza clinicamente em nossa prática.

A psicanálise, bem como os que se orientam por sua teoria e *práxis*, se depara hoje com o desafio de sustentar uma clínica dentro das instituições, expandindo suas fronteiras para além dos *settings* tradicionais. No hospital geral, o psicanalista com o seu saber-fazer busca valer-se da teoria inaugurada por Freud como prática possível de ser aplicada ao contexto da instituição hospitalar.

Tal prática possibilita à psicanálise manter seu fazer frente às necessidades decorrentes “do mundo”. Freud (1919[1918]/1976), em seu texto “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, já nos apontava para a tarefa importante de variar as condições da psicanálise às condições de tratamento das grandes massas, vislumbrando a necessidade de a técnica psicanalítica ser aplicada fora do *standard*, do *setting* analítico. Afinal, como afirma Miller (1997), *mesmo que não tenhamos padrões na clínica psicanalítica, temos princípios e é isso que nos permite operar uma variância de nossa tática e nossa estratégia em instituições* (p. 222).

Situar a função do psicanalista na instituição hospitalar é de grande relevância, tendo em vista seu saber-fazer frente ao discurso que ali se opera. Nas instituições, podemos ver os aniquilamentos dos sujeitos e a tentativa de normatização destes, principalmente quanto ao manejo do tempo em uma instituição hospitalar. Frente a isso, torna-se necessário pensar como a psicanálise inserida nesses espaços pode, a partir do modelo de tratar o coletivo, próprio das instituições, tratar a singularidade e os modos de apresentação dos sujeitos nesse contexto. Sobre o trabalho do psicanalista no hospital, indica-nos Cottet (2005):

Os psicanalistas lidam, sobretudo, com um real sem lei em que o desejo do analista não entra necessariamente em franca dialética com o sintoma do paciente. Saber esse limite deve levá-lo a dispensar uma técnica obsoleta. Há encontros que são mais improváveis que outros, bem como existe o que não se pode interpretar (...) Há vinte anos, o psicanalista lacaniano podia acreditar que encarnava o Outro da contestação do saber estabelecido. Pedra no sapato da instituição, ele contestava o discurso do mestre. (...) Hoje, seu lugar talvez seja diferente. O psicanalista tem sua competência reconhecida, e esta se baseia em um saber fazer sobre a estrutura do sintoma, algo que frequentemente falta aos jovens psiquiatras (médicos) sem formação clínica. (...) a psicanálise aplicada não sonha com uma psicoterapia que se vanglorie apenas da eficácia de sua presença. (...) a clínica psicanalítica não se confunde com o uso de receitas terapêuticas aplicadas a uma zoologia humana. Permanentemente aplicada ao particular, ela lida apenas com as exceções. É dessa forma que o terapeuta implicado em seu ato se aplica em fazer existir o inconsciente (p. 35).

Lacan (1964), em seu texto *O Ato de fundação*, nos indica que a psicanálise se situa a partir de três seções: seção de psicanálise pura, que diz respeito à doutrina e prática psicanalítica; a psicanálise aplicada, que concerne a aplicação da psicanálise em vários contextos e instituições; e a seção de recenseamento do campo freudiano, que visa a assegurar a difusão a partir de comunicações e publicações da prática psicanalítica. Para Bastos e Freire (2005), *a distinção entre psicanálise pura e psicanálise aplicada diz respeito a seu exercício nos tratamentos em que se verificam, do lado do analisante, ou melhor, do sujeito, as condições para a psicanálise em intensão* (p. 100). Desse modo, podemos inferir que o ato de Lacan, nesse texto, consiste em buscar um estabelecimento da psicanálise freudiana, que reconduza à práxis original que Freud instituiu sob o nome de psicanálise, um campo aberto por ele.

Santiago A. L. B. (2009) nos indica que o trabalho do psicanalista nas instituições deve-se distinguir radicalmente da norma que ali impera: *a intervenção possível da Psicanálise, nesses espaços, consiste em propor uma oferta de palavra* (p. 72). Nesse sentido Santiago. J. (2009), também nos indica que essa oferta possibilita que o analista se depare com o *ponto que se encontra em sua relação com a clínica, com a psicanálise, com seu saber fazer* (p. 53). Como vimos no capítulo anterior, a oferta da palavra permite interromper o curto-circuito temporal entre o instante de ver e o momento de concluir. Tomar a psicanálise a partir de uma vertente ampliada é colocá-la a serviço do sujeito, de seu sintoma, dentro ou fora do *setting* analítico, é uma psicanálise do mal-estar e das novas formas de apresentação deste.

Jean-Daniel Matet e Judith Miller (2007), por sua vez, nos lembram que a prática analítica que convoca a psicanálise pura inscreve-se nela; portanto, não há psicanálise aplicada sem psicanálise pura. Nesse sentido, podemos demonstrar aqui nesta dissertação a aplicação que fazemos da psicanálise no hospital, uma psicanálise aplicada à luz da psicanálise pura, situada na instituição hospitalar, na qual disponibilizamos ao sujeito adoecido um lugar para a palavra a partir do manejo do tempo para tratar da angústia em situação de urgência no hospital. Nesse texto, os autores nos apontam a possibilidade do trabalho do analista nas instituições:

(...) encontrar um analista não exige necessariamente o cerimonial do tratamento. Pôr em jogo a transferência e o que nela se interpreta não exige nenhum *standard*, tampouco um *setting*. Implica em pôr em jogo o corpo através da fala interpretante, através desse artifício singular que se assemelha ao amor (Matet & Miller, 2007, p. 3).

No entanto, se a prática lacaniana nas instituições é também sem *standards*, advertenos Tania Coelho (2005): *isso exige atualizar e reinventar o dispositivo analítico para enfrentar os novos sintomas, aqueles que resultam dos avanços dos discurso da ciência e aprofundam a rejeição do inconsciente* (p. 71). Para tanto, vale ressaltarmos que, a fim de que a psicanálise possa ser exercida nesses espaços é preciso que esta não se desvie de seus princípios. Sobre isso, indica-nos Miller (2001):

Não se trata tanto da confusão entre a psicanálise pura e a psicanálise aplicada à terapêutica. Essa confusão tem um alcance limitado, na medida em que, nesses dois casos, se nós admitimos que eles se distinguem, trata-se de psicanálise. A confusão que importa verdadeiramente é aquela que mistura, em nome da terapêutica, o que é psicanálise e o que não é. (...) nesse mesmo sentido, muito simples, aparece bem que o desafio essencial é a psicanálise aplicada à terapêutica, ou seja, que ela permaneça psicanálise, que ela seja reservada ao psicanalista, que ela seja a psicanálise como tal enquanto aplicada. (p. 10-11).

Assim, a psicanálise e seu exercício no espaço das instituições se fazem a partir do princípio de que esta não ceda sobre o seu objetivo de ser psicanálise, sempre construindo dispositivos para as condições de sua aplicação nos diversos contextos. Portanto, o que pode a psicanálise aplicada ao hospital?

Em *A instituição: prática do ato*, Alexandre Stevens (2007) nos aponta que deveríamos construir uma instituição que desse lugar a um espaço particular para cada sujeito, para cada caso, e que nos guiássemos pela realidade psíquica dos sujeitos,

realidade essa feita de linguagem, e não pela realidade social e espacial. Para o autor, seria preciso produzir uma instituição que permitisse a existência, em seu interior, de muitas instituições quantos forem os sujeitos que ali se encontram.

Nas instituições – aqui representadas pelo hospital geral, local onde exercemos nossa prática –, a psicanálise segue viva, não uma psicanálise tendenciosa buscando responder aos preceitos da instituição hospitalar de tudo tratar e curar, mas uma prática que busca privilegiar o sujeito e seu desejo, o aparecimento de sua singularidade, inscrita muitas vezes em seu corpo, como marcas, insígnias.

Podemos inferir a partir de nossa práxis na instituição hospitalar na qual o que é do universal toma a cena que o sujeito é reconhecido apenas por sua doença, pelo seu estado físico ou por sua possibilidade de morte. É nesse contexto que a psicanálise se apresenta na contramão, buscando localizar o que há de singular em cada sujeito em seu encontro com o real da angústia em urgências apresentadas no corpo.

Mesmo que a instituição hospitalar busque enquadrar o sujeito em sua norma, como podemos verificar nas instituições, há algo que não cessa de se apresentar nas mais variadas formas, denunciando a singularidade do sujeito. Mesmo nesses espaços onde a normatização toma a dianteira, a psicanálise, ao contrário, busca a partir do singular pautar seu discurso.

A urgência como podemos ver em nossa prática é uma característica do século XX. O sujeito apressado desaparece na pressa por concluir. O psicanalista no hospital, frente à urgência que se antecipa, introduz uma ruptura, uma descontinuidade no curto-circuito do ver/concluir, apostando na palavra do sujeito. Ao se criar uma oferta de palavra a partir da escuta, podemos possibilitar que o sujeito traduza em palavras o real que ora aparece encarnado no real do corpo, a palavra como algo que *produz alívio em razão de uma escuta de uma escuta que pelo simples fato de escutar reestabelece um laço de humanidade e confiança*, nos lembra Cottet (2005, p. 45).

No hospital, um dizer esclarecedor pode separar o sujeito da desordem na qual ele se encontra diante da urgência, tirando o sujeito desse lugar onde ele aparece frente à sua certeza. Segundo Cottet (2005), *o mito que o próprio sujeito constrói sobre o fundo de um infortúnio real pode ser desfeito com a ajuda de um outro e gerar benefício. Não é necessário dispor de um tempo indefinido para produzir essa retificação* (p. 46).

O desafio do psicanalista na instituição hospitalar, portanto, é fazer aparecer no sujeito um outro sentido em seu dito, um dizer que faça valer seu desejo e que produza novamente um sujeito: *nosso lugar não pode ser o de um especialista a mais, nossa visada é, antes, pôr o sujeito novamente em jogo* (Ansermet & Borie, 2007, p. 154). O psicanalista deve acompanhar o sujeito na construção de suas soluções, soluções singulares frente a um real avassalador que encontra na angústia, produto da urgência – que atropela o sujeito nos momentos de urgência no hospital geral – a pressa por concluir.

3.1 A urgência subjetiva, tempo e angústia: o analista no hospital geral entre a pausa e a pressa

Neste ponto, iremos então apresentar no âmbito da psicanálise aplicada a urgência subjetiva como um dispositivo clínico e não apenas como um fenômeno nos hospitais gerais. Ricardo Seldes (2006), em seu texto *La urgência subjetiva, um nuevo tempo*, nos aponta que a urgência subjetiva é uma noção que está intimamente ligada à psicanálise, sendo uma questão ligada à prática do psicanalista e que se diferencia da urgência médica e psiquiátrica. O autor nos mostra nesse texto que a resposta do psicanalista frente à urgência se distancia da resposta médica, uma vez que a urgência subjetiva aponta para a dimensão de um real em jogo. Para ele, a urgência subjetiva é uma ruptura da cadeia significativa, na qual o sujeito se encontra sem palavras e sem imagens que possa representá-lo. Nesse sentido, o sujeito se apresenta mortificado e impulsionado por atos desesperados diante da angústia que se apresenta, perturbando a relação do sujeito com o tempo que a psicanálise tenta resgatar.

Diz-nos Seldes (2006):

Se a temporalidade da análise é a angústia, e isso vale também para a urgência, para esse momento de perplexidade no qual a palavra fica presa na garganta, contamos com a função operatória do desejo do analista que aponta suscitar um contorno de espera. (...) A urgência não pode deixar de ser concebida como da ordem do ato, no sentido do *acting out* e da passagem ao ato. Do tempo sem tempo, do ser entregue ao abismo de sua própria dejeção para o qual o dispositivo que propomos serve fundamentalmente de marco. Se a urgência não se dirige a alguém, se dirige a todo mundo. Via passagem ao ato o sujeito do inconsciente sai de sua indeterminação. (...) Incluir o tempo de saber, então, é o que permite que o inconsciente selvagem, o que é um puro saber sem efeito de verdade permita o trânsito, da passagem ao ato falho, e que possa decifrar-se, e que possa situar-se, e que permita localizar o sujeito e o gozo para que se

arme alguma suplência ante ao descolamento do Outro que fere sem compaixão. E isso não vai sem que o psicanalista se deixe usar como lugar vazio onde esse gozo encontra um espaço para sua tramitação e que se ofereça como destinatário da urgência (pp. 35-36, tradução livre).

A urgência nesse espaço pode ser tomada como algo impossível de suportar. Situa-se no momento de crise, marcada por uma ausência de um marco significativo, produzindo um efeito de mortificação no sujeito. No hospital, podemos inferir que o sujeito, frente à urgência daquilo que se apresenta como uma pedra no caminho, um real impossível de simbolizar, se precipita diante do tempo do fim, da morte. Para que o sujeito possa concluir acerca de sua verdade, será necessário um tempo de compreender, quando algo da verdade – não toda – possa aparecer. O analista pode funcionar como um “facilitador” um destinatário da palavra, em que o sujeito possa se representar. *O sujeito não cessa de ser um sujeito, mesmo que seu corpo seja deficiente* (Laurent, 2014, p. 33).

Miller (1998), em seu seminário “O osso de uma análise”, proferido no VIII Encontro do Campo Freudiano e II Congresso da Escola Brasileira de Psicanálise de Salvador, nos mostra que há uma pedra – um obstáculo fundamental – no caminho de uma análise, mas nos aponta também que essa pedra só é um obstáculo porque o sujeito se pôs a caminho. Miller toma o poema de Carlos Drummond de Andrade para nos convidar a pensar nessa pedra, nesse obstáculo, que não se encontra em qualquer lugar, mas no meio do caminho, no percurso do caminho do sujeito. Tal passagem nos incita a pensar em nossa prática analítica no espaço hospitalar, espaço esse que aponta para o sujeito um caminho das pedras.

Recordamo-nos de uma paciente, 83 anos, que repetia sempre de maneira imperativa que precisava ser “atendida” no ambulatório do hospital. Toda semana essa paciente ia ao ambulatório, sempre com a mesma queixa: “Não estou me sentindo bem, tem alguma coisa que não me deixa melhorar”. O médico a recebia toda semana, aferia sua pressão, monitorava a glicemia e verificava a temperatura. Em um atendimento, chegou até a fazer exames mais elaborados, como ecocardiograma e tomografia, mas seu mal-estar no corpo era o que a vivificava, a mantinha ali, queixosa, mas viva. Toda semana estava lá com seu sintoma, fazendo valer a partir dele, um ato (que se repetia toda semana) e que lhe instaurava na condição de sujeito como nos diz Gerbase (1998).

Toda demanda dirigida a um médico ultrapassa uma demanda de cuidados, da mesma forma que o tratamento de um corpo doente não se reduz ao orgânico, não se reduz à dimensão da necessidade. O termo demanda, aqui, deve ser tomado em seu

sentido psicanalítico, reconhecendo que, quando alguém nos pede algo, não podemos tomá-lo como sendo exatamente o que ele quer. Voltemos ao fragmento clínico. Após algumas semanas, entre idas e vindas dessa paciente ao ambulatório, a psicanalista foi chamada para “avaliá-la”. O analista nesse momento busca oferecer um lugar para a palavra ao sujeito.

Ao entrar em uma sala improvisada para o encontro da analista com a paciente, esta lhe descreveu todo seu percurso, “seu caminho das pedras”, e contou que morava sozinha há alguns anos, após ter ficado viúva, e que seu filho, “o Único”, trabalhava muito e não dispunha de um tempo para ela. Porém, relatou que esse filho sempre ia buscá-la quando esta procurava o ambulatório do hospital: “é ele que vem me buscar no ambulatório ao final da tarde quando o Doutor me dá alta”. Essa cena se repetia em todas as suas idas ao hospital. Ao final do atendimento médico, ela ligava para seu filho e ele a buscava e a levava para casa, fazia uma sopa para ele e assistiam à televisão juntos, conta ela. No momento em que a analista aponta à paciente seu movimento, esta se põe a falar de seu mal-estar subjetivo e, dessa vez, agenda com a analista sua ida ao hospital, agora, para “tratar de suas feridas na alma”. Nessa passagem, podemos ver claramente o que nos diz Miller (1998): Se a linguagem servisse apenas para exprimir uma significação, bastaria dizer uma só vez: *No meio do caminho tinha uma pedra*. (...) podemos dizer que o autor (se referindo ao Poema de Drummond) eleva a pedra ao nível de um obstáculo fundamental, o obstáculo que impede que eu prossiga o caminho, o caminho que decidi percorrer (p. 28). Mostramos aqui, nesse fragmento clínico, que a oferta da palavra ao sujeito pode tirá-lo da repetição dos *actingouts* – de uma demanda ao filho – a uma demanda à psicanalista a partir da transferência, podendo, assim, um trabalho ser feito.

Sabemos que a tentativa de reduzir o ser humano à sua dimensão biológica está inquestionavelmente fadada ao fracasso. O corpo não se reduz ao biológico. Ele pode ser modificado pela história das pessoas, que é carregada de/por palavras. Uma das importantes contribuições da psicanálise foi sem dúvida nenhuma ter apontado para o fato de que o vivente ultrapassa as leis do organismo e de que as palavras produzem efeitos sobre o corpo. No hospital, podemos ver como o mal-estar que ora se localiza no corpo denuncia um mal estar subjetivo. Algumas vezes, não é nem mesmo a cura o que o paciente enfermo espera, mas quem sabe ser mantido na condição de doente ou essa condição ser ratificada, como pudemos ver no fragmento clínico apresentado. Nesse

sentido, por mais que a equipe médica ou de enfermagem busque manter-se no registro da tecnologia, por mais que tente ater-se a um rim, um pulmão ou a um coração, não pode deixar de ver em algum momento retornar o sujeito. Como nos apresenta Freud, em uma passagem de seu texto “Sobre o Narcisismo: uma introdução”, de 1914, metaforizando o poeta Wilhelm Busch, na dor de dente o sujeito está inteiramente no orifício do molar. Portanto, o sujeito sempre aparece e insiste em mostrar seu caminho de pedras.

É a partir de sua fala que o ser falante constrói seu caminho, deparando-se, assim, com as pedras que se encontram nesse caminho, não por que foram colocadas, mas por ser esse o caminho escolhido pelo sujeito: *é pelo caminho que a pedra existe, mas é também pela pedra que existe o caminho* (Miller, 1998, p. 31). Miller continua: *digamos que – essa pedra – é o que Lacan chama de objeto pequeno a, um objeto suplementar em relação à ordem regulada pelo significante. Pequeno a é a pedra que existe em todo caminho da fala* (p. 35). No hospital, as pedras marcam o caminho do sujeito de forma avassaladora, e é com esse material rochoso que se depara, também, o analista no hospital. É preciso abrir um espaço para a palavra, nesse caminho único e singular percorrido por cada sujeito, para que este possa continuar falante. Ao contrário da medicina, a psicanálise não tem como “objetivo” “libertar” o sujeito, mas produzir um sujeito, sujeito esse que não é *ser* senão por falar.

Disponibilizar uma escuta neste espaço – onde o saber sobre o corpo biológico é imperativo, tal como vimos no fragmento clínico citado – é possibilitar um caminho da fala, para que o sujeito possa perceber que nesse caminho há uma pedra, mas que também há um caminho e que é preciso fazer de seu caminho e sua pedra uma saída, como nos aponta

Miller.

Diante da urgência subjetiva no hospital, o que temos é um obstáculo à fala. Os sujeitos tomados pela angústia no momento de urgência nos mostram que os recursos simbólicos ou imaginários estão obstruídos, impossibilitando uma saída para o sujeito. O que se apresenta nesse momento é um vazio, um obstáculo no percurso (caminho) da cadeia significante – algo se rompe, desestabilizando o sujeito no tempo –, que o deslocaliza de sua posição diante do Outro. É aqui que um psicanalista atuando na instituição hospitalar pode ser instado a colocar o sujeito a trabalho. Situação que possibilita ao analista trabalhar para enfim emergir um enigma subjetivo – para o sujeito

– para além do ato médico e da presença da doença. Momento em que algo retorna após ter sido ejetado para fora do campo da medicina. Nesse espaço do hospital, a emergência e o mal-estar subjetivo não precisam de convite a algo do sujeito que não cessa de se apresentar, pois onde está presente a linguagem, estão presentes também seus efeitos, inclusive aqueles que se situam para além da consciência.

O espaço do hospital nos mostra em primeiro lugar uma questão de que há muito tempo a psicanálise se ocupa, a constatação de que quando lidamos com corpos não estamos lidando apenas com a carne, com o biológico. Nesse sentido, aponta-nos Laurent (2014): *para Lacan, a psicanálise não supõe uma psicogênese das doenças mentais. Ela afirma, em contrapartida, a importância do corpo para todo ser falante, para todo falasser parasitado pela linguagem, o que é bem diferente* (Laurent, 2014, p. 33).

No hospital, podemos observar que a prática do médico não impede que o sujeito apareça. Este pode se apresentar mediante suas queixas e demandas, fazendo exceção ao universal da ciência. A clínica é justamente a experiência da tensão entre o singular do caso e o geral da teoria, como nos diz Ansermet (2003, p. 7). Nesse momento, a teoria da medicina se apaga ao deparar-se com a especificidade de cada caso, que coloca à prova o saber médico. A clínica obriga o médico a confrontar-se com o que se encontra em questão na demanda do paciente, não sendo possível, nessa perspectiva, operar sobre o corpo excluindo a dimensão do que é subjetivo.

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

Segundo Calazans e Marçal (2011), trata-se na urgência subjetiva de um trabalho preliminar para criar condições de operar psicanaliticamente. O dispositivo da urgência visa à introdução de um tempo de pausa (Seldes, 2006) e é pelas pausas e escanções nas modalidades do tempo que estamos habilitados a passar de uma estrutura temporal a outra. O que temos na urgência é um curto-circuito temporal – como vimos no capítulo anterior. Dessa forma, na urgência é imprescindível modalizar o tempo. Porém, o que temos na urgência no hospital é um tempo diferenciado do tempo daquele que chega com

sua demanda sintomática no *setting* analítico. No hospital, o trabalho é fazer uma escansão temporal entre o tempo do instante de ver e o momento de concluir para que o sujeito possa se apresentar no lugar de sujeito.

François Ansermet (2015) nos aponta que na crise, aqui tomada neste trabalho como urgência subjetiva, há a possibilidade da abertura de um trabalho, sendo a crise um momento decisivo e propício para a abertura a partir do corte. Para esse psicanalista, a crise pode conter elementos decisivos para a construção de uma saída, permitindo a invenção a partir do não saber.

Toda crise coloca em jogo a relação com o tempo e o espaço. Se joga em um instante. Instante de ver, para retomar este primeiro tempo do ‘tempo lógico’. Na crise temos às vezes a impressão de que o momento de concluir se apresenta antes do instante de ver. Para tratar a crise, para sair dela, há que reestabelecer o tempo. O tratamento da crise é um tratamento do tempo. Há que se criar uma abertura. Se trata de fazer um corte: porém um corte que liberta (Ansermet, *online*, 2015).

Desse modo, torna-se fundamental pensar, a partir de nossa clínica no hospital, como ficam as aberturas quando o que está em cena em primeiro lugar nesse espaço é a angústia, e não o sintoma. Leonardo Gorostiza (2007), no texto de abertura do livro *Clínica de la Urgencia* (2007), nos indica que, diante da falta de tempo na urgência, do encurtamento desse, é importante que se introduza um tempo, uma pausa na pressa que se apresenta no momento de urgência. Portanto, a dimensão do tempo é central na urgência e se torna preciso pensar no trabalho do psicanalista nesse espaço, pois, no momento de urgência, frente ao “não há mais tempo” – do sujeito, embaraçado na pressa – o trabalho do psicanalista propõe a possibilidade da abertura de um tempo, *há um tempo, você tem todo o tempo, fale*.

Essa abertura de um tempo na pressa pode possibilitar ao sujeito dizer algo acerca de si e de sua relação com o Outro, com seu sintoma, com seu gozo. Para Inés Sotelo (2007), nosso trabalho permite a abertura de um tempo em que o sujeito possa dizer de seus laços e como esse poderá operar com o real que se apresenta, criando uma saída, mesmo que sem garantias. A conclusão é o tempo que possibilita uma saída para o sujeito. É propor um tempo para a palavra.

Desse modo, prossegue Sotelo (2007), a intervenção do analista nesses momentos de urgência *aponta para um ponto de basta, é um freio que permite a localização de um*

instante de ver sua própria urgência, um tempo de compreender as coordenadas que surgem como o horizonte para um momento de conclusão (p. 37).

No hospital, os sujeitos se apresentam de várias formas frente ao encontro desvelado com o real. Há um certo embaralhamento temporal que impossibilita o sujeito uma manobra de saída. Na urgência subjetiva, temos um curto-circuito do instante de ver e do momento de concluir, levando o sujeito desorientado no tempo a passagens ao ato ou aos *actings outs*. A clínica dos atos como resposta à angústia está muito presente no hospital e intimamente ligada à clínica da urgência. No hospital, o corpo se mostra aniquilado, despedaçado, e a pressa por concluir própria da passagem ao ato, nos mostra essa colagem do instante de ver e o momento de concluir. O analista, portanto, propõe outro tempo, um tempo de pausa na pressa, para que a palavra possa passar ao dizer. É o que veremos na próxima seção.

3.2 O encontro com o psicanalista no hospital geral: entre a pedra e o caminho

Como operar nos casos psicanalíticos em que a urgência impera? Para Barros (2008), a psicanálise sempre fora vista como um tratamento para patologias crônicas, o que ele chama de caso clássico. Os casos agudos nunca despertaram os interesses dos psicanalistas. Nesse sentido, Barros (2008) nos leva a pensar como a psicanálise vem se interessando pela urgência, em que o que se apresenta é da ordem do inesperado, de uma ruptura, sem passado nem história, um sofrimento *que indica justamente uma ruptura na continuidade da vida* (p.8).

No hospital, lugar onde nos dedicamos em nossa prática ao acolhimento das urgências subjetivas, podemos verificar como *a urgência é o sintoma principal dessas transformações, que impõem uma mudança na maneira de viver as dimensões do passado, do presente e do futuro* (Barros, 2008, p. 9). Se a dimensão do tempo se encontra desarticulada, no hospital podemos ver os efeitos dessa experiência aguda, que destaca o sujeito de sua história. Na urgência, a intervenção não pode ser adiada. É a pressa instaurada na prática do analista.

Barros (2008) também nos leva a pensar sobre a experiência de urgência como a possibilidade de um trabalho e, por que não, entrada em análise como vimos no fragmento

clínico apresentado, no qual a paciente agora busca o hospital para falar de “seu sofrimento na alma”. A esse respeito também nos diz Moron (2008): *a função da análise está essencialmente relacionada, antes do começo da análise, com a urgência, ou seja, uma modalidade temporal que responde à emergência do que faz furo como traumatismo* (p. 17).

Como podemos verificar em alguns momentos desta pesquisa, a urgência aparece nos pontos de descontinuidade da cadeia significativa. Há um rompimento desta, deixando o sujeito à deriva. Podemos verificar no hospital que a possibilidade de uma escuta pode possibilitar ao sujeito dar um contorno a esse traumatismo pela palavra.

Na medida em que o ser falante abriga um fora do sentido equivalente à impossibilidade de o significante tudo dizer sobre quem ele é, a questão é verificar como cada sujeito pode lidar com essa dimensão do real. Na vigência da urgência, encontra-se em jogo aquilo que excede o sujeito, impedindo-o de se reconhecer na desordem que o invade, muitas vezes levando-o a tentar se livrar pela via do ato daquilo que o atormenta e eleva seu sofrimento a um nível insuportável (Moron, 2008, p. 17).

O sujeito que ora se encontra internado no hospital geral não busca o hospital para ser atendido por um psicanalista. Ele vem em busca de tratar seu mal-estar no corpo. Porém, em nossa prática clínica, sobretudo nas unidades de urgência e emergência do hospital, podemos perceber que o encontro com o psicanalista pode possibilitar ao sujeito – que por ora nada consegue dizer sobre seu sofrimento – uma saída possível diante da urgência de seu sofrimento, sofrimento esse que em muitos casos embarga o uso da palavra.

Como apontamos no capítulo anterior deste estudo, o momento de urgência subjetiva se apresenta como uma ruptura aguda de uma continuidade e o estabelecimento de uma descontinuidade. Há algo que desarticula e coloca em risco o sujeito. O que temos na urgência subjetiva é uma ruptura em relação à palavra, provocando, assim, a ruptura de um discurso. A urgência se apresenta na dimensão do real. Ela se apresenta ao sujeito como algo da ordem de um insuportável, sem a possibilidade de um contorno simbólico ou imaginário, em um primeiro tempo.

Recorremos mais uma vez a uma vinheta clínica para pensar o encontro com o psicanalista no hospital. Um jovem de 33 anos, paciente da nefrologia, busca por atendimento ambulatorial expondo que precisava “*conversar sobre algumas coisa*”. Acolho seu pedido e sento-me ao seu lado, enquanto ele realiza uma sessão de

hemodiálise. O paciente apresenta uma fala arrastada, sua voz é baixa, quase inaudível. Mantém-se deitado na cadeira durante todo o tempo e entre um bocejo e outro diz algumas poucas palavras. Nesse primeiro encontro, o paciente relata sobre um sonho que teve minutos antes da minha chegada. Conta que nesse sonho alguém o observava, ali mesmo, na sala de hemodiálise, sonho esse muito recorrente, segundo o paciente.

Relata fazer hemodiálise há sete anos, logo após o momento quando perdeu um rim transplantado há 12 anos. Conta que era casado, tinha filhos e trabalhava; porém, com o tratamento dialítico, “tudo mudou”. Da cidade que morava, voltou para a casa de seus pais, no interior, separou-se da esposa e filhos e teve que abandonar o trabalho. Relata sobre seu envolvimento com drogas e chama atenção também seu pouco cuidado com a higiene e cuidados pessoais.

O paciente conta toda sua história em pouco mais de dez minutos. Mesmo com uma fala arrastada, mantinha-se firme na proposta de falar sobre si. Ao final desse primeiro relato, diz que se sentia cansado e gostaria de descansar, despeço-me e marco um outro encontro. Ele mostra-se receptivo. A equipe por sua vez se mostra surpresa. O paciente é caracterizado dentro do serviço de nefrologia como um paciente “rebelde”, que prefere não ser incomodado pelo médico para consulta mensal e não controla seu ganho de peso interdialítico excessivo, sendo fonte de constantes preocupações pela equipe médica.

A pobreza afetiva do relato do paciente coincide com a escassez de informações de seu prontuário: não há história de vida ou de seu adoecimento, nem exames, nem dados pessoais. O paciente mostra-se pouco afetado por todas essas mudanças e usava sempre uma definição em diversos momentos de seu discurso com relação às questões que lhe ocorrera, como a perda do emprego, a separação da esposa e filhos e sua volta para a casa dos pais depois de alguns anos fora de sua cidade de origem: *‘Achei tudo normal, sem problemas...’*

Mas uma questão chamava a atenção da equipe naqueles dias: ele sempre solicitava à equipe que fosse chamado, se estivesse dormindo, quando sua *“psicanalista”* chegasse, *“Se eu estiver dormindo, pode me chamar”*, dizia o paciente para a surpresa de toda a equipe.

Neste ponto, podemos entender que, em função de sua busca por falar sobre si, o paciente tentava se localizar em sua história de vida a partir da possibilidade de ser escutado de um outro lugar que não o de paciente *“rebelde”*.

Diante desse seu movimento, convido o paciente a vir ao consultório (destinado aos atendimentos dos pacientes da hemodiálise) antes das sessões de hemodiálise. Ele se mostra receptivo. Na semana seguinte, ele, chega um pouco mais cedo às sessões de hemodiálise. Primeiro, vai ao consultório, espaço reservado para conversar sobre *“algumas coisas”*. A partir dessa virada, desse espaço construído para que o paciente pudesse falar dessa *“coisa”*, começam a surgir intensas modificações na maneira de dizer sobre si e sua história. Relata sobre a diminuição dos pesadelos que tinha no momento da diálise e conta que seus sonhos agora adquiriam uma nova forma: *“Sonhei que recebi um telefonema dizendo que havia saído um transplante para mim...”* Seu desejo parecia agora tomar forma. Solicita nesse momento que a psicanalista entregue ao setor um número de telefone de contato para a equipe colocar em seu prontuário. *“Pode ser que precisem falar comigo”*. O paciente vai se constituindo pelos efeitos do significante.

Esse paciente era considerado pela equipe médica como um paciente *“rebelde”*, e em função dessa nomeação, *“rebelde”*, podemos observar como tal impede uma circulação de um discurso. Observamos nesse fragmento clínico que, em função dessa nomeação, esse paciente não tem história, seu prontuário é vazio de informações acerca do sujeito e conta apenas com exames e folhas de sala da hemodiálise. É a partir de um espaço para a fala do sujeito que algo começou a se constituir, inclusive dentro do tempo de compreender podemos localizar algo da transferência.

Nas sessões seguintes, o paciente relata uma aproximação com a ex-esposa e os filhos após muitos anos, possibilitando, assim, a esse paciente retomar alguns pontos importantes de sua história. Ele também expõe sua tentativa de abandonar o uso de drogas, motivado principalmente pela busca por um emprego. O paciente demonstra que as sessões com a psicanalista serve para ele como uma pausa para refletir sobre seu próprio dizer, permitindo a ele compreender o encontro com a analista para além de um destinatário em que sua primeira demanda era falar *“de algumas coisas”*.

Ao mesmo tempo em que ele avança em suas construções, são percebidas mudanças na sua presença no setor. Mantém-se mais interativo nas sessões de hemodiálise buscando interagir com a equipe e outros pacientes. Busca os médicos para

resolver questões relacionadas ao seu quadro clínico, e a coordenação questiona sobre a possibilidade de uma mudança de horário na sessão de hemodiálise para conciliar um trabalho que havia conseguido com o tratamento. O paciente retoma seu caminho no discurso, abre um novo tempo e reinventa uma nova versão de sua história a partir do traumatismo de seu adoecimento.

Esse paciente ainda se encontra com a psicanalista, agora com periodicidade quinzenal, devido à sua rotina de trabalho e tratamento. A partir desse fragmento clínico, podemos dizer, com Rodrigo, Donnarumma, Bernztein, Cohen e Allamprese (2006), que o convite que o analista pode fazer aponta um desafio que abre o jogo: iniciar um novo tempo no qual a urgência – do sujeito – possa ser interrogada, possibilitando, assim, a instauração de um tempo preliminar para que o tratamento possa ser possível. Uma aposta do analista de que há um sujeito em jogo.

Na clínica da urgência subjetiva, ora denominada neste trabalho como a clínica do sujeito internado no hospital geral, onde este se encontra ferido em sua singularidade, a urgência subjetiva é um sofrimento que se tornou insuportável para o sujeito e seus familiares na maioria das vezes. Algo impossível de ser posto em palavras, gerando, dessa maneira, uma demanda que o psicanalista pode acolher. Moron (1996) sobre esse ponto nos diz:

A crise e a irrupção do imprevisto organizam a própria noção de clínica, pois é exatamente no que rompe uma sequência que algo do singular tem a chance de se introduzir de forma mais marcante. A clínica fundamentalmente é um trabalho sobre o singular, convocando sua extração (Moron, 1996, p. 14).

No hospital, diante da ruptura da cadeia significativa, da história de vida do sujeito, do antes e do depois, do passado e do presente, os sujeitos desorientados pela angústia do encontro desvelado com o real mostram dificuldades, sobretudo, de se localizarem em sua história. Há um curto-circuito temporal que deslocaliza o sujeito no seu tempo e espaço, marginalizando sua singularidade e deixando o sujeito à deriva de sua condição de sujeito. Inés Sotelo (2009) nos indica sobre esse ponto que:

Frente à pressa por concluir que atravessa aqueles que participam da urgência, o analista propõe uma pausa, a princípio para ler o que acontece. (...) a estratégia transferencial será a de oferecer-se como Outro, para que algo comece a ser dito (...); frente ao encontro com o real do desencadeamento psicótico, ou eclosão da neurose, a pressa por concluir conduz muitas vezes a passagem ao ato; tratamento do real pelo real com o qual o sujeito tenta livrar.

A abertura de um segundo tempo, que Lacan chama de tempo de compreender, propõe um tratamento do real pelo simbólico separando o sujeito dos significantes que o alienam (pp. 29-30).

Um outro exemplo que podemos trazer de nossa prática é o caso de um bebê prematuro que chega ao CTI-Infantil logo nas primeiras horas daquele plantão. A equipe inquieta, porém silenciosa, demonstrava a gravidade do quadro clínico daquela criança. Era um bebê de pouco mais de 900 gramas, chegara ao setor acompanhado pelo pai, a mãe ainda estava na sala de parto do mesmo hospital, sua situação também inspirava cuidados, pois havia perdido muito sangue, e a equipe também se mantinha em alerta. Como de rotina no CTI-infantil, a psicanalista de plantão acolhe a família nesse primeiro momento e faz um movimento contrário ao da equipe médica e de enfermagem: enquanto a equipe se volta para os primeiros cuidados com o bebê, cuidados esses importantes, a psicanalista busca junto à família um primeiro contato antes do encontro desta com a bebê na unidade.

O pai da criança se apresentava angustiado, não tinha informações sobre o estado de saúde do filho e andava de um lado para o outro buscando compreender o que havia acontecido. Relata a analista que a gravidez tinha sido programada, que a mãe esteve bem durante os sete meses e que na madrugada daquele dia havia sentido dores fortes e fora orientada pela médica obstetra a procurar a emergência do hospital. Após algumas horas, o pai pela primeira vez pode entrar na unidade para ver seu filho. Ao leito, mostrava-se assustado, não conseguiu ficar ali, pois havia algo que escapava à fantasia daquele pai.

A mãe do bebê, já no quarto da maternidade, busca por informações médicas. Nesse momento, a analista vai até o seu encontro no quarto da maternidade. Ela mostrava-se pouco receptiva à abordagem da psicanalista e relata ser médica e compreender o que estava acontecendo, contudo buscava apenas por informações do estado clínico de seu bebê, bastava-lhe apenas a visita do médico.

Os dias se passaram e a mãe, após alta hospitalar, visitava seu bebê na unidade sempre pela manhã. Ia todos os dias, ficava pouco tempo na unidade e demonstrava uma dificuldade de compreender do ponto de vista médico (o seu) como era possível aquela situação. A equipe da unidade, bem como a psicanalista, buscava sempre uma aproximação com essa mãe, mas esta era pouco interativa, entrava e saía da unidade pouco receptiva a qualquer abordagem. Ao médico coordenador do CTI-I, dirigia suas queixas e questões, buscava com ele a explicação para o momento vivido.

Em pouco menos de um mês, a mãe já havia retomado sua rotina de trabalho: ia sempre a unidade antes de ir para seu trabalho, ficava poucos minutos junto ao bebê e, trajava sempre seu jaleco e crachá que lhe identificava como médica. Durante todo o dia, entrava e saía da unidade com uma rigidez que incomodava a equipe. Não se ocupava dos pequenos cuidados que ora já eram possíveis com seu filho, como tocá-lo, tirar o leite para alimentá-lo pela sonda ou mesmo estar ali, junto dele.

Após um mês, o médico coordenador da unidade busca pela psicanalista e pede para marcar uma reunião (essas reuniões acontecem esporadicamente com todos os pais de bebês internados na unidade, sempre com a presença do psicanalista de plantão) com essa mãe para passar algumas informações novas sobre o quadro clínico da criança. A mãe, chamada para a reunião, chegou no dia bem cedo.

Angustuada, mostrava-se naquele dia entristecida, parecia se encontrar no limite. O médico começa a reunião mostrando à mãe os últimos exames da criança. Estes mostravam a ela a gravidade do quadro clínico de seu bebê. A mãe pela primeira vez fala sobre sua “dor” durante todos aqueles dias. Dirige-se à psicanalista, segura em sua mão e chora. O médico levanta-se e a deixa na companhia da analista. A mãe, dessa forma, relata sobre seus medos e fantasias diante aquele bebê real. Diz não compreender como ela, “médica”, não podia naquele momento fazer “nada” pelo seu filho. A psicanalista, então, diz: “Você pode fazer muito pelo filho”. A mãe a olha espantada e lhe pergunta como. A psicanalista entrega à mãe seu crachá, que a identificava como a mãe do bebê do box seis. Ela novamente olha para a psicanalista e, depois de um longo silêncio, diz: “Obrigada por me religar ao meu filho, aqui posso ser só mãe do meu pequeno”. A psicanalista mantém-se em silêncio, e ela continua: “Eu sentia como se tivessem me congelado no tempo. Só conseguia olhar para os monitores quando chegava aqui. Em vários momentos, tive certeza que iria perder meu filho, por isso não conseguia ficar aqui. Quero ser a mãe dele mesmo que por pouco tempo”.

Podemos perceber nesses dois fragmentos clínicos como a nomeação impossibilita o sujeito entrar numa elaboração própria do tempo de compreender. No primeiro fragmento clínico, a nomeação “rebelde” impede o sujeito de se comprometer com seu tratamento. No segundo fragmento, a nomeação “sou médica” impede esse sujeito de lidar com o momento vivido. São tempos em que tudo está concluído, impossibilitando o sujeito avançar. Há um curto-circuito entre o instante de ver e o

momento de concluir, deixando de fora o tempo de compreender. Essa nomeação aparece como uma conclusão que impede a aparição do sujeito.

Creemos também ter demonstrado neste capítulo que a psicanálise aplicada é possível no hospital. Segundo Sobel (2009), a clínica da urgência subjetiva é um modo de realizar a psicanálise aplicada à terapêutica, que supõe a inserção da prática do psicanalista em um espaço que não está regido pelo discurso da psicanálise, mas sim pelo discurso do mestre. Pudemos demonstrar a partir dos fragmentos clínicos retirados de nossa prática a viabilidade da psicanálise aplicada à terapêutica no contexto do hospital em questões referentes à urgência subjetiva. Buscamos trabalhar nesta pesquisa como o psicanalista aplicado no hospital pode fornecer recursos simbólicos ou imaginários frente à irrupção do real que ora se localiza nas urgências nesse espaço onde a angústia se irrompe frente à dor e à proximidade com a morte.

É nesse espaço do hospital com seus múltiplos saberes que podemos localizar o psicanalista e seu saber fazer, saber esse que oferece uma eficácia terapêutica diferente da proposta terapêutica médica – que no hospital é de suma importância –, o psicanalista de maneira muito particular prescreve a si mesmo, extraído da fala do sujeito a possibilidade de tratar seu mal-estar subjetivo. Portanto, o analista propõe uma pausa, uma pausa para que o sujeito possa novamente se localizar em seu tempo.

A psicanálise aplicada encontra espaço no hospital a partir da invenção de novos dispositivos que operem, possibilitando ao analista localizar no padecimento do sujeito um significante que o represente religando-o em sua cadeia significante. Se na situação de urgência o sujeito não encontra seu lugar, liquidado pelo tempo de um instante, entendemos que o trabalho do psicanalista seja a possibilidade – a partir de uma escuta – da abertura de um outro tempo que possibilite a aparição de um sujeito. Abre-se, então, a possibilidade de uma intervenção que inaugura um novo tempo para que este possa ressignificar e produzir um efeito, uma reestruturação subjetiva a partir dos ditos. Se a angústia é um sinal que frente ao mal-estar subjetivo lança o sujeito ao encontro do que lhe é mais caro e singular, um real impossível de simbolizar, torna-se importante uma pausa na pressa que se apresenta nesses momentos, uma pressa por concluir. O analista, portanto, funciona como um facilitador da palavra pela qual o sujeito possa se apresentar. Essa é a aposta, que o sujeito em situação de urgência possa se ocupar de seu lugar, no encontro com um psicanalista. Terminamos este capítulo com as palavras de Laurent

(2000): *encontrar um analista – nas instituições – não consiste em encontrar um funcionário do dispositivo, mas, sim, alguém que possa dizer a um sujeito, em um momento crucial de sua vida, algo que permanecerá inesquecível.* (p.132)

Conclusão

É no hospital geral que localizamos nossa prática para propor uma pesquisa acerca da urgência subjetiva, do tempo e da angústia, situações que atravessam os sujeitos que se encontram nas salas de espera do hospital e nos ambulatórios. Nossa experiência nos mostra que a dimensão da urgência no hospital está intimamente ligada ao encontro com um real, no qual este se dá a partir do surgimento da angústia diante da ruptura da cadeia simbólica do sujeito, deixando-o deslocalizado no tempo. Este percurso de pesquisa buscou demonstrar nossa hipótese de que a abertura de um outro tempo na urgência pode tirar o sujeito da suspensão em que este se encontra nessas situações no hospital, levando-o a dar uma resposta na condição de sujeito, e não uma resposta a partir da certeza da angústia que o atravessa. Buscamos demonstrar nesta pesquisa que nesses momentos de urgência, situação vivenciada de forma avassaladora no hospital, o sujeito se encontra mergulhado em uma angústia que o desorganiza num tempo e o coloca numa situação de urgência subjetiva, tomado pela ruptura simbólica diante do encontro desvelado com o real do corpo. Podemos considerar que nesses momentos o sujeito se mostra confundido na condição de objeto e tal verdade o impossibilita de dar uma resposta na condição de sujeito, pois a certeza no momento de angústia embarga o uso da palavra, deixando o sujeito à deriva de si. Tal vivência abre uma temporalidade inquietante frente à impossibilidade de se articular novamente à sua cadeia significante. O que se conclui neste estudo é que a urgência é uma situação vivida no hospital pelos sujeitos que ali se encontram na condição de doentes ou de familiares. É uma situação eminentemente médica, pois é o médico que recebe no primeiro momento as demandas de urgência que chegam ao hospital, o que podemos denominar de situação de urgência hospitalar. No entanto, buscamos demonstrar nesta pesquisa que na urgência médica há algo que ultrapassa o campo da medicina. Verificamos em nossa prática e buscamos demonstrar aqui a partir de alguns recortes clínicos retirados de nossa experiência que tem algo na urgência que não é médica e que, se não for considerado, pode impactar nesses tratamentos na clínica da urgência no hospital geral.

Buscamos demonstrar que o manejo do tempo lógico permite tirar o sujeito de uma possível suspensão, na qual este poderá dar uma resposta na condição de sujeito a partir da possibilidade da abertura de um tempo para a palavra. No hospital, a certeza ligada à

angústia permanece no primeiro momento, o instante de ver proposto por Lacan (1945/1998), em que há uma suspensão do tempo de compreender. A temporalidade que nos interessou neste trabalho está ligada ao tempo lógico, um tempo que possa introduzir uma pausa na pressa por concluir, uma pausa que permita que o sujeito possa se articular novamente em uma cadeia simbólica. Como pudemos ver neste trabalho, na urgência, o sujeito não consegue lançar mão de um significante que possa lhe representar diante do outro, há nesse momento uma ruptura da cadeia significante que o impede de advir como sujeito a partir da palavra. Há nesses momentos um vazio significante deixando o sujeito à deriva. Como pudemos ver nos capítulos anteriores, diante à urgência, o instante de ver mostra que há uma perda do outro como Outro. Tal acontecimento precipita uma certeza sem a possibilidade de uma simbolização a partir do tempo de compreender. Nesse sentido, pudemos demonstrar como o tempo se apresenta desconectado de um sentido, desarticulado de uma lógica diante da urgência da experiência de angústia que se apresenta nesse espaço do hospital. Não há como ignorar a questão do tempo na angústia.

A angústia nesse espaço aparece como um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir, deflagrando uma temporalidade singular a cada sujeito. Diante da urgência da angústia, o sujeito precipita tanto seu julgamento quanto sua saída. Em face da urgência de um corpo adoecido, a proximidade da morte, o sujeito apresenta-se colado no instante de ver e no momento de concluir, em que não há tempo para que este possa articular uma compreensão. Nesses momentos, a abertura de um tempo de compreender pode possibilitar a elaboração de uma dificuldade diante do que urge em face do encontro desvelado com o objeto faltoso.

A urgência tem distintas formas de apresentação no hospital: há urgências ligadas à gravidade dos casos, há urgências sociais que demandam uma intervenção do Serviço Social da instituição e há urgências subjetivas que são aquelas que aparecem de forma avassaladora deslocalizando o sujeito em seu tempo e em sua história.

Para a medicina, a urgência aparece como um problema que deve ser resolvido o quanto antes. Supõe a resolução de um problema que requer atenção por parte da equipe médica, uma assistência rápida e a tempo. Para a psiquiatria, a urgência se dá em determinada situação na qual o sujeito se encontra em um estado disruptivo do pensamento, do afeto, de suas condutas, e uma intervenção deve ser feita imediatamente sob o acontecimento, buscando resgatar a integridade do sujeito e de terceiros, operando

sobre a gravidade do quadro psíquico do paciente. Para a psicanálise, a urgência está intimamente ligada ao conceito de sujeito e à dimensão do tempo. O sujeito da psicanálise se localiza entre um significante e outro que o representa. Na urgência, esse sujeito fica deslocado frente à ruptura da cadeia significante que o impede de responder do lugar de sujeito.

Na urgência subjetiva, o sujeito experimenta um limite que também requer uma intervenção imediata. A urgência subjetiva é o que aparece para o sujeito como um impossível de suportar. Enquanto a intervenção da medicina está marcada pela pressa, uma intervenção caracterizada pelo tempo cronológico, a psicanálise também se apoia em uma intervenção imediata sobre a urgência, mas a partir de uma pausa lógica, para que o sujeito possa se apresentar a partir de sua condição de sujeito, privilegiando a abertura de um tempo para a palavra.

A dimensão temporal se faz central na clínica da urgência subjetiva, principalmente no hospital. Dessa maneira, podemos localizar o instante de ver, como o primeiro momento do sujeito que se encontra em situação de urgência. Há nesses momentos uma ruptura na homeostase de sua vida, que o coloca a perigo, deslocando-o do lugar que lhe sustentava a vida, o laço com os outros, com sua história, com seu corpo, uma ruptura de uma certa significação lógica que ordenava e organizava o sujeito em seu desejo. O que vemos nesses momentos é que, entre o instante de ver e o momento de concluir, há uma ruptura aguda da cadeia significante, que produz um colapso temporal, impossibilitando o sujeito de se apresentar a partir de seu desejo.

A urgência toca o real. Nossa clínica no hospital geral nos possibilita pensar que é nesse lugar onde a programação falha que algo do traumatismo aparece como um real que ora toca o corpo, impossibilitando ao sujeito um recurso à palavra. O psicanalista diante do insuportável próprio do traumatismo – que contraria a programação da ciência – busca dar voz ao sujeito. Conduz o ser falante a acreditar em sua história, reinstalando o sujeito novamente em sua cadeia significante e buscando reorientá-lo frente a esse insuportável que se apresenta em forma de um acontecimento contingente que desestabiliza esse sujeito. No hospital geral, onde nossa prática se faz presente, o psicanalista precisa fazer algo com o que do traumatismo se apresenta, apostando no real desvelado por este e possibilitando a partir da abertura de um tempo para a palavra evitar

que o traumatismo se torne um destino para o sujeito, como nos apontam Ansermet e Borie (2007).

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

A angústia é cada vez mais uma forma de apresentação dos sujeitos nas consultas dos serviços de urgências dos hospitais. Os sujeitos atropelados pelo tempo, efeito do traumatismo que o acomete, se veem liquidados por um tempo da entrada do Real em jogo. É apostando na singularidade de cada caso que o psicanalista aplicado ao hospital geral irá possibilitar ao sujeito a construção de uma possível resposta diante ao real que se apresenta frente à angústia que se antecipa ao sujeito. Contudo, o que tomamos como ponto essencial deste trabalho é demonstrar como a angústia em que se veem imersos os pacientes numa vivência de urgência pode se converter em um sintoma possível de ser manejado pelo psicanalista. Pudemos verificar em nossa prática que esses sujeitos precisam de tempo, um tempo que foge aos protocolos da instituição hospitalar, um tempo que não se reduz a um tempo cronológico. Um tempo subjetivo, que possa localizar o sujeito em si mesmo, em seu lugar de sujeito. Um tempo que se inaugura a partir do encontro com o analista, um encontro que abre a possibilidade de passar de um impossível de dizer a um bem dizer em que o analista se vale de sua única arma, bem simples, mas que pode fornecer aos sujeitos invenções outras: a escuta, possibilitando a abertura de um tempo para a palavra do sujeito, tal como nos ensinou Freud.

Referências

Ansermet, F. (2003). *Clínica da origem: A criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Ansermet, F. (2015). *La crisis, entre el corte y el tempo*. Recuperado em: 26 de novembro 2015, de <http://jornadanelosedecaracas.blogspot.com.br/2015/06/en-cuenta-regresiva-21.html>

Ansermet, F., & Borie, J. Apostar na contingência. (2007). In *Pertinências da Psicanálise Aplicada: Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano* (V. A. Ribeiro, Trad., pp. 152-158). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Barros, R. (2008). A urgência subjetiva: O sujeito tem urgência? In *Urgência sem Emergência?* P. 49-70. Rio de Janeiro: Editora Subversos.

Bastos, A., & Freire, A. B. (2005). A prática entre vários: princípios e aplicação da psicanálise. In T. C. dos Santos (org.), *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. (pp. 93- 109). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, 111 p.

Belaga, G. A. (2003). O Psicanalista Aplicado no Hospital. In: Harari, A., Cardenas, M. H., & Fruger, F. (orgs.), *Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano* (pp. 9-18). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Belaga, G. (2008, novembro). Na cidade pânico. Sintomas da urgência subjetiva e respostas da psicanálise. *Curinga*, 27, 17-26.

Brasil. Ministério da Saúde. (1998). *Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998*. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. Recuperado em 14 novembro, 2014, de <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4d02b9004745871490c4d43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+3.432-1998.pdf?MOD=AJPERES>

Brasil. Ministério da Saúde. (1999). *Portaria n. 1.091/MS/GM, de 25 de agosto de 1999*. Estabelece o psicólogo na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Recuperado em 14 novembro, 2014, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM1091.html>

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Portaria n. 693/GM, de 5 de julho de 2000*. Implantação do Método Canguru. Recuperado em 14 novembro, 2014, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-693.htm>

Calazans, R., & Bastos, (2010, maio/agosto). A. Passagem ao ato e *acting-out*: duas respostas subjetivas. *Fractal, Revista de Psicologia*, 22(2). Recuperado em 22 novembro, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922010000800002&script=sci_arttext

Calazans, R., & Marçal, J. (2011). Os atos do sujeito e a certeza: Algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. Recuperado em: data 22 de novembro de 2015, de http://www.isepol.com/asephallus/numero_12/artigo_04.html

Coelho, T. (2005). A prática lacaniana na civilização sem bússola. In T. C. dos Santos (org.), *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. (pp. 61-92). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005.

Cottet, S. (2005). Efeitos terapêuticos na clínica contemporânea. In T. C. dos Santos (org.), *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. (pp. 11-41). Rio de Janeiro: Contra Capa.

Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público* (3a ed.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Fingermann, D. (2009a, abril). O “tempo” de uma análise. *Revista Stylus*, (18), 1-192.

Fingermann, D. (2009b, março/maio). O tempo na experiência da psicanálise. *Revista USP*, 81, 58-71, Recuperado em 12 novembro, 2014, de <http://www.usp.br/revistausp/81/05dominique.pdf>

Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica (1950). In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).

Freud, S. (1996). Rascunho E – como se origina a angústia. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1894).

Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. III). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895[1894]).

Freud, S. (1996). A Interpretação de sonhos, capítulo VII. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. V). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900).

Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. X). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1909).

Freud, S. (1996). Sobre o Início do Tratamento. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII, pp. 139-161). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1913).

Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vols. 4 e 5, p. 15-700). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicado em 1900).

Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

Freud, S. (1996). O inconsciente. In s. Freud. *Obras completas*. (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).

Freud, S. (1996). Conferência XXV: a angústia. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1916-1917).

Freud, S. (1996). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras completas* (Vol. XVII, p. 153). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).

Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1918[1915]).

Freud, S. (1976). Linhas de Progresso na terapia psicanalítica. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1919[1918]).

Freud, S. (1996). *Além do princípio do prazer*. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).

Freud, S. (1996). O ego e o id. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras completas* (Vol. XIX, p. 31). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1923).

Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade; a questão da análise leiga e outros trabalhos. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926[1925]).

Freud, S. (1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXXII. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1932).

Freud, S. (1996). Conferência XXXII – angústia e vida pulsional. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1933[1932]).

- Garcia-Roza, L. A. (1992). *Freud e o inconsciente* (7a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Gerbase, J. (1998). Como o significante vivifica o corpo? In J. Gerbase. *O osso de uma análise*. [Seminário proferido no VIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano e II Congresso da Escola Brasileira de Psicanálise]. Bahia: Biblioteca Agente, 1998.
- Gorostiza, L. (2007). Prólogo. In Sotelo, I. *Clínica de la urgencia*. P. 15-21. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Kaufmanner, H. (2003, junho). Inconsciente e Tempo. *Psicologia em Revista*, 9(13), 59-66.
- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada em 1945).
- Lacan, J. (Inédito). *O seminário, livro IX: A identificação*. (Obra original publicada em 1961-1962).
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro X. A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada em 1962-1963).
- Lacan, J. (1964). *O seminário: livro 11 – os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003). Ato de Fundação. In J. Lacan. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1969-1970).
- Lacan, J. (1995). *O Seminário – livro 4 – A relação de objeto*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (2007). *O Seminário Livro 23 – O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1975-1976).
- Laurent, E. (1999). Pluralización actual de las clínicas y orientación hacia el síntoma. El caldero de La Escuela. *Revista de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 74, 29-40. Buenos Aires: EOL.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Ed. Tres Haches.
- Laurent, E. (2012). *Falar com seu sintoma, falar com seu corpo*. Recuperado em > 22 de Setembro de 2015, de http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Argumento/Hablarcon-el-propio-sintoma_Eric-Laurent.html
- Laurent, E. (2014). *A batalha do autista: Da clínica à política*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

- Le Poulichet, S. (1996). *O tempo na psicanálise* (M. Comaru, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- Lutterbach-Holck, A. L. (2003). A angústia e o encantamento. *Revista da EBP – Seção Rio, Latusa*, (8), p.85-96.
- Mandil, R. (2001, fevereiro). Tempo e ato analítico. *ORNICAR? Digital*, (157). Recuperado em: 22 de Maio de 2015, de <http://wapol.org/ornicar/articles/157man.htm>
- Matet, J.-D., & Miller, J. (2007). Apresentação. In *Pertinências da psicanálise aplicada – Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano* (pp. 1-5). Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan Elucidado, palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J.-A. (1998). *O osso de uma análise* [Seminário proferido no VIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano e II Congresso da Escola Brasileira de Psicanálise]. Bahia: Biblioteca Agente.
- Miller, J.-A. (2000). A erótica do tempo. *Latusa*. Vol. 1. p. 7-79.
- Miller, J.-A. (2001). Psicanálise pura, psicanálise aplicada & psicoterapia. *Revista Phoenix*, (3), 9-43.
- Miller, J.-A. (2005, maio). Introdução à leitura do Seminário 10 da angústia de Jacques Lacan (V. Ribeiro, Trad.). *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, (43), 7-91.
- Moron, G. (2008). Urgência sem emergência? In *Urgência sem Emergência? Instituto de Clínica Psicanalítica*. P. 10-21. Rio de Janeiro: Editora Subversos.
- Rabinovich, D. (2005). *A angústia e o desejo do outro*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Recalcati, M. (2004). A questão preliminar na época do Outro que não existe. *Latusa Digital*, n. 7, ano 1, julho de 2004. Disponível em < http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2.pdf > Acesso em 23 de outubro de 2015.
- Rodrigo, M., Donnarumma, L., Bernztein, G., Cohen, V., & Allamprese, A. (2006). Urgencias hospitalarias: límites y posibilidades con nuestros niños “locos”. In Bellaga, G. *La urgência generalizada: la pratica em el hospital*. P. 143-162. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Santana, V. L. (2004). *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*. Recuperado em 12 novembro, 2014, de <http://ebp.org.br/wp->

content/uploads/2012/08/Vera_Lucia_Santana_O_Tempo_logico_e_a_assercao_da_certez_a_antecipada1.pdf

Santiago, A. L. B. (2009). Psicanálise aplicada ao campo da educação: intervenção na desinserção social na escola. In T. C. dos Santos (org.), *Inovações no ensino e na pesquisa em psicanálise aplicada*. (pp. 66-82). Rio de Janeiro: 7 Letras.

Santiago, J. (2009). Sobre a eficácia clínica da apresentação de Pacientes. In T. C. dos Santos (org.), *Inovações no ensino e na pesquisa em psicanálise aplicada* (pp. 41-56). Rio de Janeiro: 7 Letras.

Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In Belaga, G. (org.). *La urgência generalizada* (pp. 31-43). Buenos Aires: Grama.

Seldes, R. (2008). O compo freudiano e a urgência subjetiva: uma proposta de trabalho (pp. 100-103). In *urgência sem Emergência? Instituto de Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Editora Subversos.

Sobel, G. (2009). El diagnóstico en la urgencia: sintoma o transtorno? In Sotelo, I. (org). *Perepectivas de la clínica de la urgencia*. (pp. 39-48). Buenos Aires, Ediciones Grama.

Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgência*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Sotelo, I. (2009). Qué hace un psicoanalista en la urgencia? In Sotelo, I. (org). *Perspectivas de la clínica de la urgência* (pp. 23-30). Buenos Aires: Ediciones Grama.

Stevens, A. A instituição: prática do ato. In A. Stevens. *Pertinências da Psicanálise Aplicada: Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano* (pp. 76-85). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Vieira, M. A. (2008). Para Concluir. In *Urgência sem Emergência? Instituto de Clínica Psicanalítica*. (pp. 104-108). Rio de Janeiro: Editora Subversos.