



Dossiê Psicanálise em tempos difíceis: a clínica como objeto de resistência ao sofrimento e à dor

A clínica da urgência em suas diversas manifestações

The clinic of urgency in its various manifestations

 Maico Fernando Costa

 Deborah Lima Klajnman

Resumo: A compreensão do conceito “Clínica da Urgência” implica o reconhecimento da Urgência em sua dimensão orgânica ou subjetiva, como que se bifurcando em diversas manifestações: 1) Urgência propriamente dita; 2) Urgência orgânica-generalizada; 3) Instalação da urgência; 4) Urgência subjetiva; 5) Urgência na neurose; 6) Urgência na psicose; 7) Urgências e suas conclusões. O objetivo deste artigo é apresentar as variadas expressões da concepção de Urgência, tendo em conta o dispositivo Clínica da Urgência. Durante a presente produção, construímos reflexões baseadas nas múltiplas manifestações de Urgência na experiência dos sujeitos em relação às suas angústias, demandas e desejos. Portanto, expusemos vinhetas clínicas de casos que atendemos e que se entrelaçam às teorizações. Acrescentamos que isso está ligado ao estilo subjetivo de cada ser humano em sua vinculação com o mundo, logo, representa a sua singularidade no contato com os outros que o circundam.

Palavras-chave: clínica da urgência; hospital; psicanálise.

Abstract

The main contribution of this article, one of the works derived from our PhD Thesis, is to signal that the understanding of the concept “Urgency Clinic” implies the recognition of Urgency, in its organic or subjective dimension, as if bifurcating in several manifestations: 1) Urgency itself; 2) Organic-generalized urgency; 3) Installation of urgency; 4) Subjective urgency; 5) Urgency in neurosis; 6) Urgency in psychosis; 7) Urgency and its conclusions. The purpose of this text is to present the various expressions of the concept of Urgency, taking into account the device of Urgency Clinic. During the present production, we built reflections based on the multiple manifestations of Urgency in the experience of subjects in relation to their anguishes, demands and desires. Therefore, we exposed clinical vignettes of cases that we attended and that intertwine with the theorizations. We add that this is linked to the subjective style of each human being in his bond with the world, thus representing his singularity in contact with others around him.

Keywords: emergency clinic; hospital; psychoanalysis.

1. Introdução

A principal contribuição deste artigo¹ se designa por sinalizar que a compreensão do conceito “Clínica da Urgência” implica o reconhecimento da Urgência, em sua dimensão orgânica e subjetiva, como que se bifurcando em diversas manifestações. Defendemos que as expressões da noção de Urgência foram refletidas em decorrência das inquietações teórico-práticas de um trabalhador, psicólogo, inserido em uma Santa Casa de Misericórdia – Hospital Geral de um município brasileiro localizado no Interior do Estado de São Paulo.

No que diz respeito a Clínica da Urgência, caracterizamos-la como um dispositivo clínico de Atenção em Saúde voltado para os sujeitos (em sofrimento) que apelam por uma rápida resposta frente ao encontro com o traumático e impossível de se nomear. Neste caso, se situamos a Clínica da Urgência para o âmbito brasileiro das Políticas Públicas, consideramos que a escuta do seu operador analítico precisa incluir a função específica de agente de articulação de Rede, uma vez que aqueles que são atendidos em um Estabelecimento institucional também são acompanhados e circulam em seu território por outros setores de Atenção ao público.

De outra parte, buscamos por intermédio da práxis de um psicólogo advertido pela Psicanálise, inserido em um hospital, apresentar algumas considerações preliminares sobre o que notabilizamos ser as variadas expressões da concepção de Urgência no contexto hospitalar, tendo em conta as suas associações ao dispositivo Clínica da Urgência.

Em pesquisas precedentes, realizadas sob a orientação da Psicanálise freud-lacaniana pensada no contexto hospitalar (Costa, Costa-Rosa e Amaral, 2016, Costa, 2016, Costa e Costa-Rosa, 2018, Costa, 2019, Costa e Costa-Rosa, 2021 e Costa, 2021), realizamos uma investigação exaustiva em volta da literatura bibliográfica relacionada à Clínica da Urgência e à noção de urgência subjetiva (Alberti, 2008, Americano e Alberti, 2010, Baroni, 2011, Baroni e Kahhale, 2011, Barreto, 2004, Batista, 2011, Berta, 2015, Calazans e Bastos, 2008, Calazans e Marçal, 2011, Carvalho, 2008, Carvalho e Couto, 2011, Carvalho, 2000, Cruz, 2007, Cruz, 2010, Elias, 2008, Granha, 2000, Holck, 2013, Kruehl, 2003, Machado e Chatelard, 2013, Melo, 2009, Mohallem, 2003, Moretto, 2001, Moura, 2003, Moura, 2000, Moura e Souza, 2007, Palma, Jardim e Oliveira, 2011, Pisetta, 2008, Rodrigues, Dassoler e Cherer, 2012, Silva, 2003, Simões, 2011, Sotelo, 2004, 2005a, 2005b, 2009, 2012 e 2014, Sotelo, *et al.*, 2010, Sotelo, Rojas e Miari, 2011, Sotelo, Rojas e SantaMaria, 2013 e Torezan e Costa-Rosa, 2003).

¹ Um dos trabalhos derivados de nossa Tese de Doutorado.

Tendo em vista o levantamento desta bibliografia vinculada em paralelo à nossa práxis como psicólogo advertido pela Psicanálise em Unidades hospitalares, ao longo destes anos fomos forjando nossa própria conceituação [/configuração] de Clínica da Urgência.

Durante a presente produção, construímos reflexões baseadas nas múltiplas manifestações de Urgência na experiência dos sujeitos² em relação às suas angústias, demandas e desejos. Para tanto, expusemos vinhetas clínicas de casos que atendemos e que se entrelaçam às teorizações. Trata-se nesta proposta textual de uma exegese que contemplou em alguma medida o apoio de alguns autores psicanalistas, um meio de construir e propor definições teóricas autorais acerca da Urgência como um fenômeno clínico para ser escutado, uma vivência da realidade psíquica perante a determinados acontecimentos.

A reflexão ulterior aos atendimentos provocou a conclusão de que existiram diferenciadas mostras da urgência nas vivências dos sujeitos. Não necessariamente categorizamos de forma cronológica tais manifestações, entendemos que estas foram os modos em que as pessoas conseguiram apresentar a sua queixa e a sua demanda, em resposta ao tratamento analítico que lhes foi ofertado.

Arquitetamos o significante “urgência” em conjunto com o significante “clínica”, a fim de justificar a complexidade existente nos termos que compõe o dispositivo proposto para o campo da Saúde hospitalar. Assentimos com Holck (2013) que a urgência aparece em ocasiões não convencionais para o trabalho de análise, é marcada por um pedido prévio à inscrição do significante da transferência e pode em simultâneo causar um desejo de análise.

Além disso, encontramos nas configurações do conceito 7 modos de o formalizar: 1) Urgência propriamente dita; 2) Urgência orgânica-generalizada; 3) Instalação da urgência; 4) Urgência subjetiva; 5) Urgência na neurose; 6) Urgência na psicose; 7) Urgências e suas conclusões.

2. Urgência propriamente dita

Caracterizamos a urgência propriamente dita em uma definição mais geral, como a reconhecemos no princípio, nisto que se define como algo que exige uma resposta rápida. No que toca aos sujeitos em sofrimento, expressa-se como um apelo dirigido a um outro, numa busca por uma solução imediata ao que está sendo vivido como dor ou pesar. Anunciamos, por exemplo, uma

² No transcorrer do texto garantimos o sigilo dos trabalhadores e das pessoas atendidas, escolhemos nomes fictícios para designá-los. A pesquisa de doutorado, da qual este artigo é fruto, envolveu um trabalho com seres humanos, portanto, para que fosse realizada foi inscrita na Plataforma Brasil e aprovada por um Comitê de Ética local: número de parecer: 4.977.508.

circunstância em que Lacan (1967/2003) utiliza o significante “urgência”. O psicanalista se pergunta sobre a motivação de alguém em querer trabalhar como analista além daquela de receber o que é chamado de grana. A satisfação que marca o fim da análise parece ser a resposta, a outra razão que o próprio Lacan nos deixa entrever.

Posto que dar essa satisfação é a *urgência* que a análise preside, interroguemos como pode alguém se dedicar a satisfazer esses casos de *urgência*. Aí está um aspecto singular do amor ao próximo salientado pela tradição judaica. Mesmo interpretando-o de maneira cristã, ou seja, com um c... gar-e-andar [jean-f... trerie], o que se apresenta ao analista é algo diferente do próximo: é a indiscriminação de uma demanda que nada tem a ver com o encontro (com uma pessoa de Samaria, apropriada para ditar o dever cristico). A oferta é anterior à solicitação de uma *urgência* que não se tem certeza de satisfazer, exceto depois de pesá-la. (Lacan, 1972/2003, p. 569, *grifo nosso*)

Portanto, a satisfação que Lacan dita não seria outra senão a de o sujeito se ver confortável para encarar os seus “dragões”, os conflitos que o rodeiam e são explicitados em seus sintomas. Nesta sequência, a singularidade da práxis psicanalítica é evidenciada na não-discriminação das demandas subjetivas por ordem de virtudes ou *status* social privilegiado. Além de não garantir certezas às demandas urgentes, a não ser em seu só-depois. Estes dois traços da práxis da Psicanálise seriam anteriores a uma urgência por serem antes de tudo princípios éticos. Ao escutar Lacan na seguinte citação: “Assinalo que, como sempre, os casos de *urgência* me atrapalhavam enquanto eu escrevia isto” (Lacan, 1972/2003, p. 569, *grifo nosso*), sentimo-nos à vontade para acreditar com ele de que no cerne de suas preocupações, anterior ao dinheiro que o analista recebe, mesmo que este faça parte do valor do seu trabalho, estão os pedidos dos sujeitos que clamam por uma resposta.

Delgado (2005), por sua vez, sugere que a urgência provém de dois significados, o primeiro é designado pelo discurso médico, associa-se ao dispositivo assistencial e aos seus procedimentos institucionais, localiza-se como práticas clínico-terapêuticas que incidem unicamente na dimensão orgânica de um corpo abalado diante de um acontecimento. O outro entendimento do termo se refere ao modo como os sujeitos chegam. A urgência seria composta por estes dois elementos, os quais traduzimos como o sofrimento dos sujeitos e a questão do tempo, suprimida nessa ocasião, restando o instante de se deparar com a dor e a súbita conclusão de que se é refém do próprio encontro com o Real e da angústia.

A urgência propriamente dita, então, é demonstrada por uma ruptura com o simbólico? Com a rotina? seguida de uma irrupção de sofrimento para os sujeitos. Sem localização precisa quanto ao que realmente lhes mobiliza, os pedidos dos sujeitos estavam figurados como gritos, períodos

deprimidos e de ausência de sentido às insuportáveis dores. Muitas vezes, o impacto do trauma era tão grandioso que os sujeitos se avistavam afundados em um *non-sens* [não-sabido] absoluto, plenamente irrepresentável e privado de reconhecimento de si na dor que os correspondia.

João Paulo estava internado no hospital pela terceira vez, pela mesma situação, os seus dizeres ilustram os elementos que compõe a urgência, internado por causa de uma grande ferida que se abriu no pé, em decorrência da diabetes, chorava e reclamava das dores ocasionadas pela raspagem que fez, disse que não aguentava mais ficar no hospital, queria ir embora logo, mencionou que estava irritado. *Eu choro porque essa irritação dói o coração, deve ser um castigo, não tem por que Deus me castigar, eu não 'fizu' nada.* Nádia em sua urgência, era uma jovem de 17 anos, estava internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com a glicemia alta pelo motivo da diabetes, contou que não sabia o que tinha acontecido, só lembrava de estar na ambulância, entretanto, revelou que achava isso estranho. Quando falava, disse que os motivos que levaram a glicemia aumentar se deviam ao seu “emocional” ou a alimentação. Kátia, por sua vez, de 18 anos, amedrontava-se com a cirurgia de desvio de septo, recusava-se a se deitar na maca, dizia-se muito tímida e ter medo de tudo, sem coragem para enfrentar os desafios.

A urgência nos exemplos referidos retratou uma interrupção para os sujeitos em variados segmentos de suas vidas, no trabalho, na família, no círculo de amizades, na religião, nos espaços onde os seus movimentos se faziam presentes. Outrossim, ocorreu o surgimento de sintomas, isolados de respostas que poderiam deslocar os sujeitos da sideração e do estado de choque, uma vez que estavam fixados numa repetição, na sua face de pulsão de morte. A palavra estava desligada da representação e o que reverberava eram os impulsos à autodestruição. Dentre os muitos sintomas derivados da urgência, estavam as fortes inibições, as paralisias de membros corporais, as crises de asma, de choro e as inclinações agressivas (Delgado, 2005 e Sotelo, 2007a). Nestes termos, a nosso ver, esta caracterização de urgência coaduna com a urgência orgânica-generalizada e com o destino que as Ciências Médicas a ela fornecem.

3. Urgência orgânica-generalizada

A urgência orgânica-generalizada era o ponto de partida do discurso médico, era o modelo de compreensão e tratamento dominante no hospital. Nesta feita, interrogamos: em que medida a urgência orgânica-generalizada se afinava ao modo em que se encontravam os sujeitos do sofrimento e em que ponto ela era delimitada à maneira como o saber médico a conhecia e a conduzia?

Definimos que a urgência é orgânica no que ela aparece realmente como um abalo radical ao organismo biológico humano e, generalizada, naquilo que não possui de uma precisão ao sujeito sobre a sua parte no processo de adoecimento. A dor é vista ainda como algo externo e de todo indiferente ao sujeito, sem qualquer participação sua no sofrimento que o inclui. Não existem perguntas do gênero: “por que é a terceira vez que estou internado e por que estou tão irritado com essa dor?”; “por que o medo da cirurgia tanto me apavora?”; “por que não me incomoda com a elevação da minha glicemia e com o fato de que estou internada numa UTI?”.

Para as Ciências Médicas, como diz Clavreul (1983), as informações sobre e do “doente” são organizadas e usadas pelo médico e, por vezes, para desconsiderar o conteúdo e a participação do próprio paciente no tratamento. A urgência orgânica-generalizada para a medicina é esvaziada de significações e circunscrita em uma causalidade universal, tudo para que a morte seja adiada e a vida e o gozo sejam regulamentados (Clavreul, 1983 e Sotelo, 2007a). Jair, por exemplo, exprime esse mote. No setor “Cirúrgicas” do hospital, ele estava com o pé enfaixado, disse que a perna estava quebrada, porém, o que sentia mesmo era o nervo esticado. Relatava sobre o seu conhecimento de açougue e do seu desejo pela profissão, não atuava como açougueiro naquele momento por não ainda ter conseguido emprego na área. Revelou que o seu dedo não respondia aos movimentos que queria pelo fato de o nervo da sua perna estar inflamado, logo, não era somente a perna que estava quebrada. Apesar do seu saber, disse que o médico não acreditava nisso e queria o mandar de volta para casa. Falou que o médico não ouvia o que ele estava sentindo. Temia que a sua perna fosse amputada, caso a sua situação clínica se agravasse.

Belaga (2005) e Sotelo (2007a) afirmam que a impotência do discurso da ciência (determinista, causalista e universalista) diante dos casos cujas demandas escapam ao seu arcabouço teórico-técnico, enciclopédico e tautológico é velada e seu reconhecimento significaria o fracasso do positivismo, por isso, o discurso médico deve ser o hegemônico.

A compreensão de que se trata, portanto, é de que a generalização da urgência estaria falando de um traumatismo, localizada nos níveis do coletivo e do singular. O trabalhador advertido pela Psicanálise, ao avesso dos discursos reducionistas, veneradores da “doença”, teria a função de escutar a urgência orgânica-generalizada e deixar emergir o sujeito, desta vez, com a oportunidade de prestar atenção ao não-sabido, aos significantes outros que podem advir do trabalho subjetivo.

4. Instalação da urgência

A instalação da urgência foi assimilada pela marcação de dois momentos: 1) a irrupção da crise e 2) a prontidão da escuta analítica em recepcioná-la. Esse plano da urgência foi retirado do esforço que tivemos para construir um campo transferencial, de maneira que os sujeitos viessem a produzir episódios de urgência subjetiva.

A crise tem o seu lugar produtivo e não nos assemelha como um episódio a ser evitado, é a emergência de uma abertura para a produção de um novo, as novas chances de rever impasses que até então não teriam sido possíveis de serem escutados se não houvesse a crise (Costa, Costa-Rosa, 2018 e Costa, 2019). A crise nos trabalhos de Costa-Rosa (2013), representa a oportunidade de um resgate de sua dimensão crítica.

Neste contexto, o que é crítico é o desatamento do nó que constitui a realidade psíquica para o sujeito, nomeado por Jacques Lacan de nó borromeano. Segundo Lacan (1975-1976/2007), o corpo só tem estatuto de respeitável graças a este nó, composto pelos registros psíquicos: Real, Simbólico e Imaginário. Conforme Jorge e Ferreira (2005), o Real é o que ex-siste, o Imaginário diz respeito ao narcisismo e o Simbólico se localiza entre a linguagem e o inconsciente.

[...] trata-se da própria definição do nó borromeano –, que sustento a ex-sistência do terceiro e, especialmente, daquela do real em relação à liberdade do imaginário e do simbólico. Ao sistir [*sistir*] fora do imaginário e do simbólico, o real colide, movendo-se especialmente em algo da ordem da limitação. A partir do momento em que ele está borromeamente enodado aos outros dois, estes lhe resistem. Isso quer dizer que o real só tem ex-sistência ao encontrar, pelo simbólico e pelo imaginário, a retenção. (Lacan, 1975-1976/2007, p. 49, *grifo do autor*)

Ao que Lacan aponta como o que retém o Real, pelo Simbólico e pelo Imaginário, definindo assim, o nó borromeano, sublinhamos o que o psicanalista diz sobre o *sistir* do Real, fora do Imaginário e do Simbólico, em seu movimento de limitação. O desligamento dos nós concernentes ao nó borromeano, é o mesmo que a aparição da realidade se impondo em seu caráter de limite, limite ao sentido e às capacidades de simbolizações a partir do vazio. Sendo assim, o Real se impõe e o corpo sofre o impacto deste encontro, factível no ponto em que existiu um curto-circuito no Simbólico.

Complementamos com as afirmações de Cox (2011), a autora disse que a urgência se instala quando a amarração dos registros psíquicos é desfeita e o sujeito é confrontado com o Real, inominável e não passível de ser [todo] simbolizado. A psicanalista diz que é preciso legitimar a urgência, sem oferecer a ela uma resposta ou um saber prévio e, para intervir, precisamos entender o

que estamos chamando de urgência, ou, de urgência subjetiva (Cox, 2011). Concordamos com ela, em relação a necessária tomada de ciência, da parte que cabe ao operador da escuta, do que é nomeado por urgência e de que é preciso a transferência com a Psicanálise para que haja urgência subjetiva. Adicionamos, enfáticos, que é importante que o sujeito leve em consideração o seu impasse como uma causa para um trabalho subjetivo, evidentemente, pela ação de quem o escuta. Entretanto, divergimos da autora em um ponto, concebemos que diante dos excessivos apelos não se trata de não respondermos, mas sim, de nos perguntarmos a respeito do estatuto das respostas possíveis a serem “emprestadas”, ao notarmos que na urgência a ausência do sentido é vivida como um esmagamento da palavra e uma elisão do sujeito.

No caso de Kátia, a jovem estava temerosa por aquilo que lhe poderia acontecer, por conta de sua condição de tratamento. Pouco falante e monossilábica, estava visivelmente absorvida pela iminência de viver um corte cirúrgico em seu nariz. Revelou-nos ser tímida ao começar a discursar livremente, disse que era uma questão sua. Admitiu que sentia falta de ar por causa do “desvio” de septo nasal. Sublinhamos o significante “falta”, ela ficou nos olhando, e então resolvemos dizer a ela: *Essa palavra é um significante. Ela contém mais de um sentido, o que lhe parece?* Respondeu-nos: *falta, falta da minha avó. A minha avó que eu gostava muito e que morreu. A falta tem a ver com a minha avó? Ela me acalmava. Sou muito ansiosa.*

A partir da escuta deste caso, bem como de outros que mencionamos, julgamos que a função do psicólogo avisado pela Psicanálise, em sua presença de escuta e ressonância aos ditos dos sujeitos, permitiu a emergência de seus *dizeres*, as múltiplas manifestações do inconsciente, na particularidade de Kátia, no modo de seu sintoma: *sou muito ansiosa*. O uso da palavra para Kátia foi como uma produção de efeitos do Simbólico no Real, coincidindo com algo de uma retenção deste ingovernável, colonizando-o à sua borda e o atando a uma representação possível do irrepresentável. Ela pôde inscrever um significante no lugar do exacerbado da relutância e do temor de entrar na sala de cirurgias.

A instalação da urgência na cena exibida, portanto, convida pensarmos sobre ela em torno dos três registros psíquicos, construindo-a ao passo que estes “nós” possam estar ligados para que o sujeito consiga tratar o sintoma: A urgência *Real*: a comoção do corpo e o rompimento da cadeia significante, como efeito do desvelamento do impossível. A urgência *Imaginária*: a procura por um sentido de consistência imaginária, que possa ligar o sujeito aos outros com quem se relaciona no laço social. A urgência *Simbólica*: a emergência para inscrição do significante e constituição de sintoma, como enlace do nó borromeano e produção de interrogações referente à falta e ao desejo.

5. Urgência subjetiva

A urgência subjetiva, nesse ínterim, era percebida na ocasião em que os sujeitos deslocavam a sua queixa antes localizada no corpo para as questões relacionadas às suas histórias, advindas de traumas psíquicos. Todavia, reservamos às urgências subjetivas o caráter de um processo que em si mesmo é processo de produção de significantes-mestres, deparamo-nos com o seu signo de práticas. “Es entonces desde esta perspectiva, bajo este marco, que podemos afirmar que la práctica analítica de las urgencias subjetivas [...] constituye un ámbito privilegiado para la práctica del psicoanálisis y, aún más, para el esclarecimiento de sus fundamentos³” (Sotelo, 2007b, p. 17).

Houve na prática das urgências subjetivas a amostragem de seus fundamentos, dentre eles: 1) a pausa para o tempo de compreender, a posição do sujeito na presença do Real; 2) a instalação da transferência e a suposição de saber inconsciente como produto da relação estabelecida com a linguagem; e 3) a inscrição do significante no Real, como cifragem de gozo, simbolização da angústia que é produzida pela fixação do sujeito na repetição.

E por que mesmo a urgência subjetiva seria construída? Pelo motivo de que embora pareça simples o reconhecimento da dor que nos habita é de extrema complexidade para os sujeitos na experimentação dos efeitos da urgência orgânica falarem sobre os impasses que os interpelam. O saber de que não é somente o corpo físico que padece, e de que há uma estruturação psíquica atada à biologia humana, é uma tarefa que cabe de início ao trabalhador orientado pela escuta analítica.

Destarte, “[...] reconhecemos que embora o momento da urgência seja, na maior parte das vezes, insuportável para o sujeito, ele comporta uma riqueza no sentido de que é um momento em que o sujeito pode se deparar com a sua falta” (Cox, 2011, p. 89). Mais uma vez lembramo-nos de Kátia, a relação que teria o significante “medo” com o significante “falta”, as reações que a morte da avó teria provocado nela, perguntas do tipo: *A falta tem a ver com a minha avó? Será que tudo isso, a ansiedade e o meu medo, tem a ver com o que eu gosto, com o que eu quero?* Pensamos que Kátia pôde vivenciar uma urgência subjetiva. Porém, se esta experiência permite o sujeito se deparar com a sua falta, não será também o caminho para o encontro com o objeto de desejo, a sua causa de “ser”? Quanto ao funcionamento subjetivo e estilos sintomático dos sujeitos em seus momentos de urgência, achamos pertinente tecer algumas reflexões relacionadas aos seus modos de se estruturarem no laço social.

³ “É então nesta perspectiva, sob este quadro, que podemos afirmar que a prática analítica das urgências subjetivas [...] constitui uma esfera privilegiada para a prática da psicanálise e, mais ainda, para o esclarecimento dos seus fundamentos” (tradução independente).

6. Urgência na neurose

As dores físicas e as sensações causadas por elas eram relatadas, tão rápido se ligavam ao dispositivo clínico, a urgência orgânica era ultrapassada e se cedia espaço à urgência subjetiva. Os sujeitos que arriscavam a viver uma escuta de si traziam inquietações, preocupações e enigmas de suas histórias para serem decifrados. Essas situações demarcavam o que chamamos de *urgência na neurose*. A hipótese diagnóstica nos levava a crer que eram sujeitos constituídos por recalçamento.

Com a atenção voltada para os sintomas, relacionados ao domínio das emoções e da realidade psíquica, a urgência neurótica possuía a sua particularidade. As demandas tangenciavam perdas que representavam a separação dos objetos que faziam semblante de desejo. Demonstremos com um pequeno excerto do que foi o tratamento pela palavra com Laércio.

Ele estava internado pelo motivo de uma anemia. Dizia que era muito nervoso, supunha que era por isso que estava internado. Ele ficava sempre pensando no que as pessoas estavam pensando dele, se estavam olhando para o seu pé “torto”, sentia que as pessoas o estavam olhando. Lamentou a separação do casamento, foi casado e se separou havia alguns anos, segundo ele o casamento foi muito conturbado, com muitos conflitos. Laércio referiu que era um “pai solteiro” no momento. Solicitamos que falasse do seu pai e Laércio começou a chorar, disse que seu nervosismo era de antes da morte do pai, no entanto, o pai era alguém que muito lhe ajudava.

Contou que possuía muitas coisas na cabeça e que disso tudo iria nos contar somente um pedaço. Sofria com o sofrimento dos outros, era sempre presente o sofrimento dos outros. Perguntamos se em outros contextos a presença dos Outros existia em seus pensamentos, já que ele falava dos pensamentos seus. *Minha mãe sempre me liga, mas é normal, toda mãe se preocupa não se preocupa?* Ficamos em silêncio. Em seguida, interrogamos: *A preocupação da sua mãe é com você.* Respondeu: *Comigo e com a minha irmã. Desde antes, sempre foi assim, o meu pai e minha mãe sempre ficaram em cima de mim. Mesmo quando eu era casado.* Ficamos novamente em silêncio. E Laércio emendou dizendo que isso era normal. Indagamo-lo com ênfase na entonação da voz: *Mesmo quando casado tinha a presença da mãe?* Respondeu, Laércio: *É, eu não sou assim. Mas, você sabe que eu nunca gostei, de ela sempre ficar em cima, sempre. Não tenho paz.* E discorreu um pouco mais: *Olha, tem uma coisa que eu lamento. A perda que tive quando me separei da minha ex-esposa, eu me separei e fui morar com a minha mãe. Eu perdi, perdi a minha liberdade, essa perda é algo que me pega.*

As questões suscitadas da angústia remetiam a sofrimentos que abrigavam lembranças de mortes de entes queridos, da falta do Outro, vista nas sensações de incompletude e nas reclamações

de inconsistência dos referentes maternos ou paternos (Costa e Ferreira, 2019). Denotamos o sujeito na neurose como aquele ilustrado por uma dor subjetiva que diz sobre um conflito entre as perdas do passado, a insatisfação do presente e a inquietude com o futuro. Não entraremos em detalhes neste caso, porém, sinalizamos que dentro da modalidade estrutural neurótica existem as sobremodalidades: obsessiva, fóbica e histérica.

7. Urgência na psicose

A *urgência na psicose*, por sua vez, encontramos-la nas angústias unidas aos fenômenos elementares da forclusão: as alucinações que atualizam o corpo fragmentado, as vozes que invadem de fora e as certezas delirantes. Na urgência psicótica, os sujeitos revelavam uma presença excessiva do Outro e uma dificuldade de encontrarem o seu lugar no mundo. A resposta subjetiva a não interdição do gozo do Outro, caduca na psicose, retornava no Real, desvelando um Imaginário rompido e precários recursos Simbólicos com a forclusão da metáfora paterna. Tínhamos pouco tempo de trabalho com os sujeitos para cravar com mais propriedade teórica um diagnóstico. Entretanto, enxergávamo-nos na necessidade de formular um diagnóstico diferencial, posto que, os traços estruturais a surgir nos discursos nos indicavam a necessidade de posicionar a escuta de acordo com a singularidade do caso. A fim de expor, apresentamos uma síntese de um fragmento clínico cuja hipótese era de uma urgência na psicose.

Entramos no quarto e nos deparamos com dois sujeitos em seus respectivos leitos, um deles estava deitado e o outro sentado. Apresentamo-nos a um deles e depois somente passamos por perto do outro, chamado Zaccheus, somente passamos por perto, cumprimentando-o de forma rápida. Subimos para o outro andar e em seguida descemos ao subsolo, em direção aos setores “Clínicas” e “Cirúrgicas”. Uma colega da enfermagem nos gritou e disse que um dos homens que estava no leito perguntou pela nossa presença, disse que queria falar com um psicólogo. Zaccheus solicitou que sentássemos na cadeira ao lado, sentamos e ele já se colocou a falar.

Zaccheus disse que estava preocupado e ansioso por não encontrar o seu lugar no mundo, um lugar onde ele pudesse se estabilizar. Revelou que pensou em cortar a sua cabeça fora para ver se resolvia a sua ansiedade. Disse que ouvia coisas que vinham de fora e isso perturbava o seu cérebro. *No mundo de cristal, preciso encontrar o meu lado, me adequar, de um lado tem demais, do outro tem de menos, preciso encontrar o meu lugar.* Proferiu que não dormia a noite e discorreu que dentre as suas preocupações estavam os movimentos involuntários nas pernas, bem como as palpitações.

Assentiu que a emoção era diferente da dor, a dor se sentia e a emoção não. Sublinhamos: *a dor se sente e a emoção não*. E Zaccheus contou que sentia o peito inchar às vezes.

A saída encontrada para a angústia do peito que inchava, e das vozes que o invadiam, era criar frases, buscava informações e se informava sobre culturas diferentes. Relatou que as culturas são importantes e disse que lidava com os céticos, aqueles que acreditavam e não acreditavam em Deus. De sua parte, procurava criar frases. Destacamos: *você cria frases, eis um trabalho importante a realizar!* Ele sorriu e se silenciou. Como não voltava a falar pedimos que mencionasse as frases. Declamou, Zaccheus: *os justos não são aqueles que fazem da justiça uma igualdade de justiça, só cresci porque subi nos ombros de gigantes*. E continuou: *Isso. Isso me ajuda. É importante pra eu poder encontrar o meu lugar no mundo, é o que vai me estabilizar*. Discursou que a sua vida era como uma rodovia bifurcada, existiam várias estradas, vários lugares. Contudo, queria encontrar o seu próprio caminho, a sua cultura. Solicitamos: *Fale da sua cultura*. Respondeu que tinha várias culturas, mas só uma cultura era a que poderia lhe ajudar nesse caminho, era a cultura econômica e a da matemática. Encerramos a sessão, coincidindo com a enfermeira nos interrompendo, pois a ambulância de Zaccheus havia chegado para buscá-lo e levá-lo para casa. Semanas depois, Zaccheus entrou em contato via telefone, perguntando de horários de atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴ da cidade. Em mensagem, recitou-nos um pedaço de frase que havia criado, queria a nossa opinião a respeito da criação de frase.

A direção do tratamento no que chamamos de trabalho de “prelúdio às entrevistas”⁵ preliminares nas urgências neurótica e psicótica, propõe diferentes abordagens e posturas do trabalhador orientado pela Psicanálise. Depreendemos da práxis no hospital que a ética que orienta o tratamento é a mesma aplicada ao *setting stricto sensu*. Em relação à neurose, as pontuações do operador da escuta visam a produção de um significante-mestre, de modo que o sujeito possa criar uma transferência de saber com o trabalho subjetivo, vislumbrando a cifração de gozo e a decifração de desejo.

Na psicose, a escuta analítica está orientada pelo que recomendava Lacan (1955-1956/1998), o analista, ou o trabalhador que ocupa momentaneamente essa função, deve ser secretário do alienado e não estar no lugar de seu Outro persecutório. O assinalamento de significantes não tem o objetivo de decifração de enigmas, provocar as dúvidas, mas, de auxiliar o sujeito a encontrar o seu lugar no

⁴ Estabelecimento de Saúde Mental no Brasil, de caráter transitório e na modalidade de portas-abertas, voltado às pessoas em sofrimento psíquico, leve, moderado ou intenso.

⁵ Em um outro artigo que escrevemos, publicado recentemente, desenvolvemos a proposição clínica-conceitual, a partir da Clínica da Urgência, “prelúdio às entrevistas”. Este conceito versa sobre a formalização de um tratamento preliminar, anterior logicamente, às próprias entrevistas preliminares em Lacan.

mundo e produzir a sua *père-version*. Este auxílio tem a pretensão de ajudar a lidar com o insuportável do gozo, conseguindo inscrever um significante capaz de produzir uma metáfora em suplência da ausência da função paterna. Averiguamos que a função diagnóstica no prelúdio às entrevistas ganha uma importância significativa, tem o potencial de ser uma bússola orientadora à escuta, como meio de propiciar a criação de um campo transferencial com o saber inconsciente, além de ocasionar uma maior proximidade ao estilo sintomático dos sujeitos e das suas singulares questões. E adicionando a isso o que admitimos como um “desfecho” de uma escuta nas urgências, necessariamente, este não pode prescindir da abordagem destas nuances clínicas.

8. Urgência e suas conclusões

Uma vez que os sujeitos permaneciam internados por um prazo de tempo determinado, fomos obrigados a pensar sobre o término do tratamento psíquico na urgência⁶. O debate sobre o começo e o fim de análise ocupa, das tantas preocupações, uma interrogação em especial entre os psicanalistas, por exemplo, há perguntas do tipo: quais os avanços que um sujeito alcança em uma análise em relação aos seus impasses? Freud (1996/1937) em “Análise terminável e interminável” esteve às voltas com esse tema, quais os limites e o que atestava o fim de uma análise, ele advertia que de tempos em tempos o analista deveria retornar ao divã, pois, haveria uma linha intransponível, chamada de o rochedo da castração, da qual não iríamos além em nossas análises.

Para Lacan (1967/2003), mais do que uma promessa de felicidade, o fim de uma análise produz um analista, como ele mesmo disse, um psicanalista da própria experiência. O desfecho de uma análise abrangeria outros elementos concernentes ao seu final, culminando na quebra das identificações, na travessia da fantasia e no saber-fazer-ali-com algo com o seu sintoma. A identificação com o sintoma, em um calibre desejante e criativo, não se enrijeceria mais na angústia paroxística.

Na Clínica das Urgências visamos também algo que podemos designar como um “desfecho de tratamento”. Sotelo (2007c) marcou a conclusão de uma urgência para quando o sujeito vier a demandar tratamento aos analistas em seus consultórios, externos ao hospital. De outra perspectiva, preferimos anotar a urgência e suas conclusões em seus efeitos, apreendidos senão pelo seu *a*

⁶ Dependendo da gravidade do estado clínico de saúde de algumas pessoas, podiam permanecer internadas por até trinta dias, em algumas raras situações, até mais do que isso. Contudo, em geral, contando a sua chegada até o recebimento da alta hospitalar, a internação durava em torno de uma semana, durante esse período as articulações entre Estabelecimentos de Saúde eram pactuadas, meio de decidir quais Equipamentos do Território continuariam acompanhando os sujeitos.

posteriori: a intensificação⁷ da urgência orgânica-generalizada em urgência subjetiva, a inscrição de um significante como capacidade de simbolização do sofrimento e a continuidade do tratamento no Território. “Persiste a questão do que pode levar alguém, sobretudo depois de uma análise, a se historisterizar [*hystoriser*] de si mesmo” (Lacan, 1972/2003, p. 568). O neologismo “historisterizar”, condensa dois outros significantes substanciais ao funcionamento da Clínica da Urgência e de suas conclusões: a palavra como chance de (re)constituição da história e a histerização do discurso como produção de S_1 e formulação de uma demanda de análise.

Nunca um neologismo de Lacan caiu tão bem para a prática das urgências subjetivas. A urgência e suas conclusões se evidenciam na inscrição de uma história e de uma interrogação de sintoma, conduzindo o sujeito a dar consequências ao trabalho iniciado em outros Estabelecimentos de Saúde ou em consultórios externos.

9. Considerações finais

Extraímos das caracterizações de Urgência os inúmeros modos do sujeito expressar o seu sofrimento, em seus esforços de lidar com o sintoma e dar um destino outro às dores que o acomete. Acrescentamos que isso está ligado ao estilo subjetivo de cada ser humano em sua vinculação com o mundo, logo, representa a sua singularidade no contato com os outros que o circundam. E, mais do que o significado de uma doença ou deficiência, é justamente esta compreensão que permite ler a urgência de uma maneira não dicotomizada, atestando o caráter genuíno de uma resposta subjetiva do sujeito enquanto uma objeção a isso que aflige, *re[o]primi* e faz sofrer.

Nesse sentido, as noções conceituais de “urgências” refletidas contribuem para as especificidades de escuta-dispositivo clínico em seus modos de operar, de acordo com a singularidade de cada situação. Sendo assim, entendemos a necessidade de que existam mais pesquisas que possam ter como objeto de trabalho as reflexões em torno das expressões de urgência para além das queixas localizadas unicamente na doença, ou mal-estar dos órgãos. Admitimos ainda, a importância de que este assunto possa ser mais aprofundado em futuras pesquisas. Defendemos que o tema relacionado às expressões de demandas dos sujeitos em sofrimento, em caráter de urgência e evocadas por eles com um foco na subjetividade, poderia ser debatido com maior agudez nas Escolas Médicas, de

⁷ Escolhemos o termo “intensificação” por entender que no mesmo objeto existem variados graus de determinação. No nosso ponto de vista, não enxergamos os seus movimentos como etapas sucessivamente cronológicas. Conquanto, o objeto não deixa de sê-lo diante das condições que estão colocadas, ocorre que ele é intensificado a determinadas variações que não o destituem de sua singularidade: de ser o que ele é. Essa discussão incide no acalorado debate a respeito da concepção sujeito-objeto, do qual defendemos, de nosso posicionamento ético, a impossibilidade de a considerar de maneira dicotômica (Carlson, 2007).

Enfermagem, bem como entre os trabalhadores da Saúde em suas diversas especialidades, sobretudo junto aos que se encontram atuando nos Estabelecimentos hospitalares.

Referências

- Alberti, S. (2008). O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista da SBPH*, 11(1), 143-160.
- Americano, B. e Alberti, S. (2010). A psicanálise e a clínica nas urgências. In *Anais do IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Recuperado em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr54-bruna-americano-e-sonia-alberti.pdf. Acesso em: 15 nov. 2013.
- Baroni, C. S. F. (2011). *Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Baroni, C. S. F. e Kahhale, E. M. P. (2011). Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. *Psicologia Hospitalar*, 9(2), 53-74.
- Barreto, F. P. (2004). A urgência subjetiva na saúde mental. *Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 40, 47-51.
- Batista, G. (2011). Fora do protocolo: intervenção psicanalítica em situação de urgência. In G. Batista, M. D. Moura e S. B. Carvalho (Orgs.). *Psicanálise e hospital: a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica Vol. 5* (pp. 133-142). Rio de Janeiro: Wark.
- Belaga, G. (Org.). (2005). *La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Berta, S. L. (2015). Localização da urgência subjetiva em psicanálise. *A peste*, 7(1), 95-105.
- Calazans, R. e Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 640-652.
- Calazans, R. e Marçal, J. (2011). Os atos do sujeito e a certeza: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica na urgência. *Revista aSEPHallus*, 6(12), 78-98.
- Carlson, D. G. (2007). *A commentary on Hegel's Science of Logic*. Nova York: Palgrave Macmillan.
- Carvalho, S. B. (2008). *O Hospital Geral: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da clínica de psicologia e*

psicanálise do hospital Mater Dei. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

- Carvalho, S. B. e Couto, L. F. S. (2011). A presença do psicanalista no hospital geral: sua escuta e suas intervenções. In G. Batista, M. D. Moura e S. B. Carvalho (Orgs.). *Psicanálise e hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica Vol. 5* (pp. 133-142). Rio de Janeiro: Wark.
- Carvalho, S. C. (2000). Na angústia do desmame: o surgimento do sujeito. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital* (pp. 73-82). Rio de Janeiro: Revinter.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Costa, M. F. (2016). *A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente*. Dissertação de Mestrado em Psicologia e Sociedade, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
- Costa, M. F. (2019). *Urgência e sujeito numa unidade hospitalar: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde*. Londrina: Eduel.
- Costa, M. F. (2021). *A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente*. Tese de Doutorado em Psicologia e Sociedade, Universidade Estadual Paulista.
- Costa, M. F. e Costa-Rosa, A. (2018). O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. *Revista Subjetividades*, 18, 45-58.
- Costa, M. F. e Costa-Rosa, A. (2021). Considerações sobre a ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe2), 1-15.
- Costa, M. L. F. e Ferreira, R. W. G. (2019). Não há neurose sem corpo: um estudo sobre o lugar do corpo na histeria e na neurose obsessiva. *Ágora*, 22(2), 254-261.
- Costa, M. F., Costa-Rosa, A. e Amaral, C. H. A. (2016). Uma psicologia precavida pela psicanálise: A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro. *Revista de Psicologia da UNESP*, 15(2), 36-50.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp.
- Cox, F. P. (2011). *Da emergência psiquiátrica à emergência do sujeito: por um trabalho orientado pela psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Cruz, A. D. G. (2007). *A psicanálise aplicada no núcleo de investigação em anorexia e bulimia (NIAB) do hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Cruz, C. F. S. (2010). A inserção do discurso psicanalítico num pronto-socorro. In E. M. V. Nascimento e R. C. F. Gonzáles (Orgs.). *A clínica psicanalítica: reflexões teóricas e incidências institucionais na contemporaneidade* (pp. 71-82). Salvador: EDUFBA.
- Delgado, O. (2005). Angustia y trauma. In G. Belaga (Org.). *La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 75-92). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Elias, V. A. (2008). Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Revista da SBPH*, 11(1), 87-100.
- Freud, S. (1937). Análise terminável e interminável. In S. Freud. *Obras Completas Vol. XXIII* (pp. 274-326). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Granha, M. T. (2000). Reflexões sobre a prática do psicanalista no hospital geral. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital* (pp. 83-90). Rio de Janeiro: Revinter.
- Holck, A. L. L. (2013). As urgências do falasser. In *Anais do VI Encontro Americano de Psicanálise da Orientação Lacaniana. VIII Encontro Internacional do Campo Freudiano: as conversações do ENAPOL, Buenos Aires*. Recuperado em: <http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Las-Conversiones-del-ENAPOL/Lasurgencias-del-parletre/Ana-Lucia-Lutterbach-Holck.html>. Acesso em: 19 de junho de 2021.
- Jorge, M. A. C. e Ferreira, N. P. (2005). *Lacan, o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Kruel, S. S. (2003). O tempo do manejo da angústia. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico* (pp. 99-106). Rio de Janeiro: Revinter.
- Lacan, J. (1955-1956). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 248-264). Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- Lacan J. (1972). Prefácio à edição inglesa do Seminário 11. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 567-569). Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1975-1986). *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- Machado, M. D. V. e Chatelard, D. S. (2013). A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora*, 16(1), 135-150.

- Melo, C. B. M. (2009). *A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Mohallem, L. N. (2003). Psicanálise e hospital: um espaço de criação. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico* (pp. 23-34). Rio de Janeiro: Revinter.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, G. C. M. (2003). Urgência subjetiva e tempo: O que é isto? In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico* (pp. 17-22). Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, M. D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital* (pp. 3-16). Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, M. D. e Souza, M. C. B. (2007). Psicanálise e hospital: se ao “a” deve o analista chegar, por onde andava ele? *Epistemo-somática*, 4(2), 127-138.
- Palma, C. M. S., Jardim, L. L. e Oliveira, I. M. (2011). Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. *Ágora*, 14(1), 113-127.
- Pisetta, M. A. A. M. (2008). Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. *Boletim de psicologia*, 58(129), 171-183.
- Rodrigues, J. A., Dassoler, V. A. e Cherer, E. Q. (2012). A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional Urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. *Mental*, 10(18), 69-88.
- Silva, D. D. (2003). A apropriação imaginária do tempo na práxis da urgência. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico* (pp. 9-16). Rio de Janeiro: Revinter.
- Simões, C. L. F. (2011). *A clínica da Urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Sotelo, I. (2004). La guardia, la admission, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. En G. Belaga (Ed.). *La urgencia generalizada* (pp. 97-114). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2005a). ¿Que justifica el psicoanálisis en la institución? In I. Sotelo (Org.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 155-160). Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Sotelo, I. (2005b). La invención de un lugar para la urgencia. In I. Sotelo (Org.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 97-104). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007a). El sujeto en la urgencia institucional. In I. Sotelo. *Clínica de la urgencia*. (pp. 21-58). Buenos Aires: JCE.
- Sotelo, I. (2007b). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE.
- Sotelo, I. (2007c). Acting out y pasaje al acto en la urgencia. In I. Sotelo. *Clínica de la urgencia*. (pp. 111-140). Buenos Aires: JCE.
- Sotelo, I. (2009). Introducción. In I. Sotelo (Org.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. (pp. 7-12). Buenos Aires: Grama ediciones.
- Sotelo, I. (2012). *Desborde angustioso: La urgencia*. Recuperado em: <http://www.causaclinicavirtual.com.ar/mod/page/view.php?id=69>.
- Sotelo, I. (2014). ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? In I. Sotelo (Org.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 23-30). Buenos Aires: Grama ediciones.
- Sotelo, I., Belaga, G., Moraga, P., Mendez, P., Alesanco, M., Pagano, M., Torres Jimenez, M., Leserre L., Rojas, M. A. Y. e SantaMaria, L. (2010). *De la urgencia al síntoma*. Recuperado em: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo3.pdf.
- Sotelo, I., Rojas, M. A. Y. e Miari A. S. (2011). *Hospital, dispositivos, urgencias*. Recuperado em: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf.
- Sotelo, I., Rojas, M. A. Y e SantaMaria, L. (2013). Conclusiones sobre la consulta de urgencia en salud mental en 4 hospitales generales del Mercosur. In *Anais do V Congresso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires: UBA.
- Torezan, Z. C. F. e Costa-Rosa, A. (2003). Escuta analítica no hospital geral: implicações com o desejo do analista. *Psicologia ciência e profissão*, 23(2), 84-91.