Psi Unisc
REVISTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
AVALIAÇÃO QUADRIENAL 2021 - 2024
Qualis B1
ISSN: 2527-1288
Mestrado Profissional em Psicologia
EDUNISC
UNISC

*Como citar (APA): Rabello, M. A., Munoz, N. M., & Darriba, V. A. O dispositivo psicanalítico no hospital: do trauma à formação do sintoma. *Psi Unisc*, 10, Artigo e20401. http://doi.org/10.17058/psiunisc.v10i.20401

Tipo de Artigo: Artigos de Pesquisa

O dispositivo psicanalítico no hospital: do trauma à formação do sintoma[1]

El dispositivo psicoanalítico en el hospital: del trauma a la formación del síntoma

The psychoanalytic device in the hospital: from trauma to symptom formation

Mariana Almeida Rabello
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro - RJ/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3561-4593
E-mail: mari.almeida.rabello@gmail.com

Nuria Malajovich Munoz
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro - RJ/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3872-818X
E-mail: nuria.malajovich@ipub.ufrj.br

Vinicius Anciães Darriba
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro - RJ/Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9986-6554
E-mail: viniciusdarriba@gmail.com

[1] Os autores declaram que esta contribuição é original e inédita. Desse modo, assegura-se que a obra não foi publicada em outro periódico científico.

Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Resumo

Introdução: O presente artigo apresenta um relato de experiência que explora a construção de um dispositivo analítico no ambiente hospitalar frente a um paciente que se vê diante de um acontecimento que rompe o enquadre e abala a amarração sintomática que o sustentava. **Objetivos:** Analisar a atuação do psicanalista diante de acontecimentos imprevistos vivenciados no ambiente hospitalar, assim como identificar as especificidades da prática psicanalítica nesse contexto. **Método:** A pesquisa, de caráter exploratório e qualitativo, baseou-se na análise de um relato clínico extraído de atendimentos realizados em um hospital universitário, com a posterior análise fundamentada nos aportes teóricos de Freud, Lacan e seus comentadores. **Resultados:** A discussão do relato de caso a partir dos conceitos de trauma, angústia e sintoma, contribuiu para a compreensão e a intervenção diante de situações traumáticas, especialmente aquelas que envolvem manifestações de sofrimento psíquico decorrentes da doença e das notícias que a envolvem. **Conclusão:** Evidenciamos como o processo de escuta, através da função mediadora do espaço de palavra na clínica psicanalítica, pode propiciar o reestabelecimento da cadeia significante e favorecer a construção de novos arranjos sintomáticos, direção orientadora para o trabalho de outros psicanalistas atuantes no hospital.

*Palavras-chave***:** psicanálise; hospitais; trauma psicológico; angústia psicológica.

Resumen

Introducción: Este artículo presenta un relato de experiencia que explora la construcción de un dispositivo analítico en el ámbito hospitalario ante a un paciente que se enfrenta a un acontecimiento que rompe el encuadre y sacude el lazo sintomático que lo sostenía. **Objetivos:** Analizar el papel del psicoanalista ante imprevistos vividos en el ambiente hospitalario, así como identificar las especificidades de la práctica psicoanalítica en este contexto. **Método:** Esta investigación, de carácter exploratorio y cualitativo, se basó en el análisis de un informe clínico extraído de consultas realizadas en un hospital universitario, con posterior análisis basado en las contribuciones teóricas de Freud, Lacan y sus comentaristas. **Resultados:** La discusión del informe clínico a partir de los conceptos de trauma, angustia y síntoma contribuyó a la comprensión e intervención en situaciones traumáticas, especialmente aquellas que involucran manifestaciones de sufrimiento psíquico producto de la enfermedad y las noticias que la rodean. **Conclusión:** Podemos ver cómo el proceso de escucha, a través de la función mediadora del espacio de la palabra en la clínica psicoanalítica, puede ayudar a restablecer la cadena de sentido y favorecer la construcción de nuevos arreglos sintomáticos, lo que constituye una orientación para el trabajo de otros psicoanalistas que actúan en el hospital.

Palabras-clave: psicoanálisis; hospitales; trauma psicológico; distrés psicológico.

Abstract

Introduction: This article presents an experience report that explores the construction of an analytical device in the hospital environment for a patient who is faced with an event that breaks the framework and shakes the symptomatic tie that sustained him. **Objectives:** To analyze the psychoanalyst's role in the face of unforeseen events experienced in the hospital environment, as well as to identify the specificities of psychoanalytic practice in this context. **Method:** This exploratory, qualitative research was based on the analysis of a clinical report taken from consultations carried out in a university hospital, with subsequent analysis based on the theoretical contributions of Freud, Lacan and their commentators. **Results:** The discussion of the case report based on the concepts of trauma, anguish and symptom contributed to understanding and intervening in the face of traumatic situations, especially those involving manifestations of psychological suffering resulting from the illness and the news surrounding it. **Conclusion:** We can see how the process of listening, through the mediating function of the

space for words in the psychoanalytic clinic, can help re-establish the chain of meaning and favor the construction of new symptomatic arrangements, which is a guiding direction for the work of other psychoanalysts working in the hospital.

Keywords: psychoanalysis; hospitals; psychological trauma; psychological distress.

Introdução

Há algumas décadas, profissionais do campo da psicologia - dentre os quais aqueles que sustentam uma prática orientada pela psicanálise[2] - passaram a integrar a equipe multidisciplinar no hospital (Azevêdo & Crepaldi, 2016), sendo acionados principalmente quando as outras especialidades se deparam com alguma questão para além do que comumente estão acostumadas a tratar, especialmente em casos de sofrimento psíquico agudo, comportamentos inesperados ou situações próximas da morte. Nesse contexto, o saber científico, predominante no hospital, dá luz a uma medicina que busca a universalidade, por meio da produção e comparação de dados quantitativos com o intuito de apontar o tratamento mais eficiente para o paciente. Em contrapartida ao empuxo ao saber totalizante advindo da ciência que retira de cena o sujeito (Darriba & Brunhari, 2025; Grant et. al., 2025), a psicanálise aposta na retomada do fio narrativo como caminho para reenlaçar o sujeito em uma via singular que lhe permita lidar com o adoecimento e suas consequências. Como salientam Almeida e Aires (2023), a escuta psicanalítica tem papel de relevo na abordagem de situações que produzem angústia no hospital, contribuindo para a atuação em equipe multiprofissional ao sustentar uma direção ética que aposta no sujeito e em sua singularidade.

As soluções padronizadas e a criação de protocolos de conduta muitas vezes desconsideram aquilo que se constrói na clínica do um-a-um, a partir da escuta e do relato único de cada paciente. Como mostra Belaga (2009), cabe ao psicanalista no hospital a invenção de caminhos que permitam ao sujeito emergir, a partir da constituição de um espaço simbólico onde se alojar. A instituição sustentada pelo saber médico muitas vezes dificulta que a fala ganhe espaço, ao privilegiar soluções mais imediatas ou mediadas por outros produtos – como os psicotrópicos - como resposta ao mal-estar. Por sua vez, apesar de o psicanalista ser solicitado no lugar de um saber complementar, na expectativa de que este possa trazer solução para aquilo que escapa ao discurso médico, sua presença instaura um outro discurso, e com isso inaugura uma outra clínica. A psicanálise tem antes uma função subjetivante, aposta que o sujeito tem algo a dizer e que escutá-lo pode produzir efeitos (Clavreul, 1983).

Entretanto, algumas situações consideradas rotineiras para os médicos podem se colocar como um desafio para o psicanalista quando tem como cenário justamente o momento em que cenas consideradas traumáticas se presentificam, como o diagnóstico de uma doença grave, a impossibilidade de cura para determinado sintoma ou doença e a comunicação de óbito. Diferente da escuta realizada no consultório, onde o dizer vem em um tempo posterior, no hospital trabalha-se muitas vezes no "aqui-e-agora" de um acontecimento que pode ser tomado como traumático, mesmo que esse estatuto só se configure futuramente, contexto de grande irrupção de angústia que pode fazer com que o dizer fique comprometido.

A partir da perspectiva freudiana, o trauma emerge quando uma excitação – oriunda de fontes externas ou internas – se apresenta com tal intensidade que ultrapassa a capacidade do aparelho psíquico de integrar essa energia por meio do princípio do prazer (Freud, 1920/1996). Nessa circunstância, o estímulo não é capaz de se ligar ao sistema de escoamento através de representações e, assim, permanece fixado, podendo gerar o que Freud concebeu como compulsão à repetição. Dessa forma, para Freud, o trauma não resulta apenas de um acontecimento externo, mas se fundamenta principalmente na forma como o sujeito processa – ou não – a experiência vivida.

Lacan avança na conceituação desse termo concebendo o trauma como o encontro entre o sujeito e o real, "o domínio do que subsiste fora da simbolização" (Lacan, 1954/2008, p. 390). Mas se esse encontro está para todo sujeito, o trauma não pode necessariamente estar associado com uma situação emblemática. Lacan inclui, assim, a dimensão do impossível na elaboração do trauma, uma vez que este se relaciona justamente com uma ausência de inscrição por vias simbólicas. Um

[2] A psicanálise, enquanto posição ética e clínica, não se confunde com o exercício profissional regulamentado da Psicologia como campo disciplinar. Neste artigo, utilizamos o termo psicanalista para designar a posição ética sustentada pela autora – psicóloga de formação – no exercício de sua prática no hospital.

acontecimento imprevisto pode, contudo, levar o sujeito a se confrontar com esse impossível, o que pode ser muito angustiante. Apesar de não ser possível elaborar o trauma constitutivo do sujeito, também não se trata de nada fazer com isso, mas de poder "construir bordas em torno de um impossível dizer" (Caldas, 2015, p. 5).

Encontramos no hospital um cenário que, por suas características, não facilita a fala do sujeito. Por um lado, o paciente se encontra diante de uma situação difícil de representar: uma doença que coloca a necessidade de internação, traz mudanças no corpo e na vida sustentada até então, além da angústia de descobrir seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Por outro, o ambiente hospitalar tem como saber dominante o saber médico, restringindo muitas vezes a fala do doente.

O choque instaurado pelo recebimento de uma notícia difícil, somado a um ambiente hospitalar que pouco favorece a manifestação da palavra, pode acarretar consequências significativas para o sujeito. O objetivo do presente artigo é analisar a atuação do psicanalista diante de acontecimentos imprevistos vivenciados no ambiente hospitalar. Por meio de um relato de caso, busca-se identificar as especificidades da prática psicanalítica nesse contexto, aprofundando a discussão sobre como os conceitos de trauma, angústia e sintoma, fundamentados nos aportes teóricos de Freud, Lacan e seus comentadores, contribuem para a compreensão e a intervenção diante de situações traumáticas, especialmente aquelas que envolvem manifestações de sofrimento psíquico decorrentes da doença e das notícias que a envolvem.

2. Metodologia

Este estudo deriva de uma pesquisa de mestrado exploratória e descritiva realizada em um Hospital Universitário. Nossa direção metodológica baseou-se na pesquisa clínico-qualitativa, definida por Turato (2003) como uma investigação que produz interpretações acerca do processo saúde-doença a partir da experiência subjetiva. Conforme Verztman et. al. (2006), essa abordagem encontra consonância com os pressupostos do método psicanalítico, uma vez que o pesquisador se posiciona em uma postura analítica e receptiva às singularidades da clínica, permitindo a constante revisão dos constructos teóricos que a fundamentam.

Após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa de referência, foram convidados a participar do estudo apenas sujeitos com idade a partir de 18 anos, previamente informados acerca de seus objetivos, do sigilo das informações e do caráter voluntário da participação. Para aqueles que concordarem em participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada a partir dos atendimentos realizados pela psicóloga proponente, com o objetivo de propiciar uma reflexão teórico-clínica acerca da prática diante de situações imprevistas e potencialmente traumáticas no contexto hospitalar. Os relatos clínicos foram registrados em fichas desenvolvidas especificamente para a pesquisa e armazenados com o cuidado necessário.

Para a análise dos dados, procedeu-se à organização dos relatos por categorias e ordem cronológica, com revisões e codificações contínuas do material. A partir dos relatos clínicos coletados, foi possível realizar uma reflexão sobre a prática psicanalítica em situações traumáticas no ambiente hospitalar, articulando os fundamentos teóricos psicanalíticos com os conceitos emergentes dos registros, tais como trauma, angústia e sintoma.

Este artigo apresenta a análise de um dos fragmentos clínicos, com o intuito de descrever e analisar as manifestações do sofrimento psíquico e o subsequente trabalho psicanalítico realizado com o paciente após se deparar com um acontecimento imprevisto no contexto hospitalar, ressaltando os possíveis efeitos da intervenção psicanalítica frente aos desafios impostos tanto pelo adoecimento quanto pelo próprio ambiente institucional.

3. Resultados e discussão

3.1 Pedro e a Impossibilidade Cirúrgica

Pedro, um paciente de meia idade, foi internado para a realização de uma cirurgia que visava a retirada de um tumor maligno. No centro cirúrgico, constatou-se que o tumor possuía dimensão superior à esperada, impossibilitando sua remoção. Em seu primeiro contato comigo, expressou profundo desânimo ao relatar que os médicos não puderam operá-lo, pois ele já apresentava metástase e, consequentemente, teria pouco tempo de vida. Apesar da indicação de quimioterapia, o paciente afirmou que "*não adiantaria nada*", resumindo sua conclusão à frase "*Agora é esperar morrer*".

O encontro de Pedro com sua impossibilidade cirúrgica trouxe outros efeitos que apareceram nos primeiros atendimentos. Ele relatou sentir muito desconforto, se achar pálido e permanecia com a mão em cima do peito, endereçando sua sensação à equipe, que o avaliava e dava o retorno de que seus sinais vitais estavam normais. A psicanalista que o acompanhava interpretou essas mesmas perguntas como a necessidade de ele confirmar que estava vivo, uma vez que naquele momento parecia ter caído em um profundo desespero quando defrontado com a sua não operação, e, com isso, ter ficado cara-a-cara com a morte.

Embora o câncer seja concebido como uma doença crônica, a cirurgia frequentemente assume a função de salvação, uma vez que possibilitaria "cortar a doença para fora do corpo". Ao anunciar a cirurgia, cria-se uma expectativa de adiamento do confronto direto com o câncer e suas possíveis consequências. Assim, a impossibilidade de intervenção cirúrgica e a necessidade de tratamento alternativo, como a quimioterapia, trazem o real da doença à tona, confrontando o sujeito com a possibilidade de sua própria morte. Conforme Ferreira e Castro-Arantes (2014) discutem, o olhar curativo da medicina pode induzir um estado de espera, deixando o paciente sem alternativas quando a perspectiva curativa é suspensa.

A notícia da não possibilidade de cirurgia e o prognóstico reservado pareceram esgarçar as construções fantasmáticas do paciente, deixando-o sem saídas, paralisado na antecipação de sua morte. Escutar as perguntas do paciente desse modo permitiu à praticante solicitar que ele falasse mais sobre suas sensações, em contraponto à direção da equipe que tomava as queixas ao pé da letra e, ao verificar o quadro clínico estável, deixava o paciente só diante de seu mal-estar. A aposta era a de poder proporcionar um espaço de palavra, para que algum contorno pudesse ser dado naquele momento, inaugurando "um novo tempo em que se possa incluir os fenômenos em um dizer" (Seldes, 2006, p. 34).

Para ilustrar essa experiência, recorremos à metáfora introduzida por Barros (2014, p. 88) inspirada na mitologia grega: "não podemos olhar de frente para a morte ou para o sol porque a relação direta com eles dois pode nos destruir (...) o sol e a morte podem nos deixar sem significação, e sem significação não há ser humano". Assim como Perseu evitou olhar diretamente para Medusa, introduzindo seu escudo para, por meio do reflexo, cortar sua cabeça; é necessário estabelecer uma mediação simbólica diante do encontro com a morte e o real da doença. Olhar o sol ou a morte de frente "cega", "paralisa de medo" como assinala Freud (1922/1996) sobre o encontro com a Medusa. Essa mediação – representada pela palavra e pelo estabelecimento de um "véu" – pode se fazer presente como uma construção simbólica, que vem através das palavras afastar o horror que paralisa.

Com a alta da internação, o acompanhamento de Pedro seguiu ambulatorialmente. O paciente alternava entre a fala de outros médicos que apontavam para a possibilidade de sua cura e a afirmação feita na internação de que teria pouco tempo de vida. Dizia ser pessimista e sempre "*escolher"* a pior alternativa, pois achava que isso lhe dava força para "*resolver o problema*". Dessa forma, passava grande parte de seus atendimentos contando sobre os cuidados que vinha tendo com sua saúde.

Além disso, Pedro experienciou diversos sonhos que se assemelham ao que Freud caracterizou como sonhos traumáticos, que se impõem como uma tentativa tardia de dominar a excitação avassaladora gerada por uma situação difícil. Um desses relatos envolve o temor de ser atingido por uma onda gigante ou se encontrar atolado em lama, que, segundo Freud (1920/1996), configuram esforços para, retrospectivamente, dominar o estímulo que precedeu o desencadeamento da neurose traumática.

Freud (1920/1996) enfatiza que o elemento surpresa é o ônus principal de causação das neuroses traumáticas. Para ele, enquanto o medo está associado a um objeto definido e a estratégias já elaboradas para enfrentá-las, o susto – aquele estado em que o sujeito é arremessado diante do perigo sem preparo – exclui qualquer possibilidade de defesa e resposta, trazendo como consequência a neurose traumática.

A repetição dos sonhos foi sendo acompanhada de algumas mudanças, como no relato de um sonho em que se encontrava sozinho em uma floresta repleta de lama e entulho, identificando um pedaço de madeira que lhe possibilita atravessar sem afundar. Paralelamente, expressava dificuldade em compartilhar como se sentia com a esposa e com amigos, que frequentemente reagiam negativamente ao seu pessimismo diante do quadro clínico, agradecendo por ter encontrado alguém com quem falar.

3.2 A Construção do Dispositivo Analítico no Hospital

A prática da psicanálise no hospital traz a especificidade de uma escuta atravessada pela instituição, onde as questões dos pacientes "não têm a estrutura de sintomas no sentido analítico do termo. Eles desvelam a evidência do real: 'do real, na medida em que ele é o domínio do que subsiste fora da simbolização'" (Ansermet, 2014, p. 1).

Desse modo, pensar a construção do dispositivo analítico no hospital diante do encontro com uma situação traumática, implica considerar a presença de um "significante em estado puro, que não pode, de maneira alguma, articular-se nem se resolver" (Lacan, 1957-1958/1999, p. 477). Nesse tempo em que pode ser impossível falar, faz-se ao mesmo tempo fundamental oferecer uma presença aberta à escuta, na direção da construção de um sintoma, como abordaremos mais adiante.

A dimensão traumática reside nos efeitos subjetivos decorrentes do confronto com um real inassimilável do ponto de vista simbólico, que no caso associamos à impossibilidade cirúrgica. Diante do encontro desvelado com o real do corpo, o sujeito pode perder suas amarrações simbólicas e imaginárias, impossibilitando a transmissão de sua experiência, sendo preciso construir maneiras para tal (Moura, 2000).

Belaga (2006) conceitua o trauma como a irrupção de um real que rompe e desconstrói as representações simbólicas anteriormente organizadas pelo sujeito. Essa irrupção indica que, previamente, existia uma organização subjetiva que funcionava, mas, diante de um acontecimento imprevisível, os recursos e o tempo necessários para elaborar uma nova resposta não se encontram disponíveis. Assim, os arranjos anteriormente estabelecidos tornam-se obsoletos, deixando o sujeito sem meios para encontrar uma saída possível para a situação. Em consequência, o indivíduo vê-se forçado a adotar atos desesperados ou a experienciar uma angústia intensa (Seldes, 2006).

Freud (1926-1996) descreve a angústia como um estado de desprazer que se manifesta em resposta a experiências traumáticas, caracterizado pela acumulação de excitação que busca satisfação por meio de atos de descarga. Ao contrário de outros afetos, a angústia revela-se de forma imprecisa e nem sempre é explicitamente identificada pelos próprios pacientes. Esse fenômeno pode emergir tanto por meio de manifestações corporais – frequentemente associadas a crises de ansiedade – quanto como um mal-estar de difícil descrição (Rodrigues & Muñoz, 2023).

No caso de Pedro, observou-se o surgimento de um mal-estar acompanhado de manifestações corporais que não puderam ser atribuídas a causas identificáveis pelo quadro clínico ou pelos exames realizados. Nossa hipótese sustenta que tais sintomas estão relacionados à angústia, intensificada por uma notícia difícil recebida pelo paciente, a qual lhe retirou as esperanças de cura do câncer e o confrontou com a iminência de sua finitude.

O trauma pode ser compreendido como um evento relacionado com a irrupção do real, enquanto a angústia se configura como o afeto que emerge desse confronto. Nesse contexto, quando o psicanalista se depara com um paciente muito angustiado, seu primeiro passo consiste em colocar em cena uma direção, conforme expresso por Sotelo e Belaga (2008, p. 38): "que o que sofre, em sua urgência, tenha a quem dirigi-la". Ao convidar o sujeito a falar, o psicanalista cria um espaço para a articulação do significante, intervenção que não visa eliminar o trauma, mas possibilitar que o sujeito retome a fala e construa, a partir dessa ruptura, uma narrativa que inclua a impossibilidade com a qual acabou de se defrontar.

Barros (2015) aponta que é na relação com a língua que reside o nó traumático. Ou seja, o trauma emerge na medida em que a experiência do sujeito é marcada e transformada pela linguagem, o que faz do trauma não apenas o resultado de um evento avassalador, mas o modo como esse acontecimento é incorporado e simbolizado – ou, em muitos casos, não simbolizado – pelo sistema simbólico que organiza o sujeito.

A autora aponta ainda que, embora a linguagem possibilite a construção de sentido, ela possui limites intrínsecos: há sempre aquilo que escapa à simbolização completa, deixando um "buraco" ou vazio no sentido – uma marca que permanece mesmo diante das tentativas de elaboração. Do ponto de vista clínico, o trabalho psicanalítico não deve buscar anular ou eliminar o trauma, mas sim reconhecer seus limites e a sua função estruturante. O psicanalista é convidado a agir como um parceiro que permite a construção de um sentido que, ao mesmo tempo, circunscreva e mantenha aberto o buraco deixado pela experiência traumática, envolvendo uma reconstrução singular e cuidadosa da experiência, na qual o vazio deixado pelo trauma torna-se um ponto de apoio para a reinvenção do sujeito.

Em um contexto hospitalar, caracterizado por demandas diversificadas, torna-se imprescindível retomar um dos princípios centrais da psicanálise: fazer falar o sujeito. Lacan (1953) aponta que a palavra é um ato criador, capaz de produzir realidades inexistentes até então. Assim, ao escutar o paciente, o psicanalista busca promover um deslizamento que permita ao sujeito a utilização dos significantes como contraponto à angústia emergente do encontro com o real.

A escuta clínica no hospital pode se configurar como momento propício para o surgimento de novas possibilidades, inaugurando um tempo – mesmo que indefinido – que permite alguma espera. Entretanto, o estabelecimento deste intervalo pode ser um desafio uma vez que a lógica da instituição hospitalar é outra. A partir do momento que não há intervenções médicas programadas, o paciente recebe alta, o que aconteceu no caso de Pedro. Assim, foi necessário que o dispositivo analítico comparecesse de outro modo, através da inclusão do paciente em um acompanhamento ambulatorial, a fim de que garantir a manutenção de um espaço de fala e a possibilidade de construção de sua narrativa subjetiva.

3.3 Do Trauma ao Sintoma

Nesse processo, o sujeito precisa apropriar-se de aspectos do real, inicialmente percebido como alheio, viabilizando a construção de uma narrativa que integre essa dimensão e possibilite a superação do impasse, resultando em um novo arranjo sintomático. Diferentemente do sintoma médico, que sinaliza uma disfunção a ser corrigida, a psicanálise entende que a percepção comum de que a cura está ligada apenas à remoção dos sintomas ignora a profundidade da relação entre sintoma e doença. A formação de sintomas envolve processos inconscientes semelhantes aos que operam na formação dos sonhos, como a condensação e o

deslocamento. Esses processos permitem que um sintoma represente uma satisfação libidinal de forma comprimida ou distorcida, o que resulta em uma dificuldade em reconhecer a presença de uma satisfação libidinal subjacente em um sintoma (Freud, 1917b/1996).

A trajetória teórica de Freud revela que os sintomas são expressões de conflitos psíquicos emergentes entre o eu e as pulsões, frequentemente incompatíveis com os valores morais do indivíduo. Esse conflito resulta no recalcamento dos desejos associados às pulsões, inibindo sua tomada de consciência e afastando a possibilidade de satisfação. Todavia, o recalcamento não se revela como um mecanismo infalível; a libido pode encontrar vias indiretas de expressão que culminam na formação de sintomas – os quais, em essência, funcionam como satisfações substitutivas para desejos não realizados (Freud, 1926/1996).

Desse modo, "os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente" (Freud, 1917a/1996, p. 265), funcionando como uma produção estabilizadora. O sentido inconsciente do sintoma implica que ele comunica algo mesmo quando o sujeito não está ciente dessa mensagem (Freud, 1893–1895/1996). Além de comunicar, o sintoma cumpre um propósito de satisfação, embora seja frequentemente reconhecido como sofrimento. Atuando como uma conciliação entre forças opostas, representando tanto a satisfação de um desejo quanto uma contenção dessa mesma satisfação, o sintoma sinaliza não apenas a existência de um conflito, mas também a presença de uma solução que substitui a satisfação originalmente esperada. Seguindo esta direção, a formação dos sintomas está intimamente relacionada à angústia. Enquanto essa se manifesta como um sinal de perigo, o sintoma opera como um mecanismo de defesa contra essa ameaça (Freud, 1926/1996).

A construção de um sintoma pode ser um caminho diante da angústia que se irrompeu diante de um trauma. Em seu retorno à teoria freudiana, Lacan (1953/1998) postula que o sintoma é estruturado como uma linguagem, sendo imprescindível a utilização da fala para seu tratamento. Nesse sentido, os sintomas, assim como os sonhos e os lapsos de discurso, contêm vestígios do significante recalcado – traços que evidenciam o desejo inconsciente e um sentido oculto, desvelando, dessa forma, a verdade do sujeito enquanto constituído pelo inconsciente (Dias, 2006).

Avançando em sua construção teórica, Lacan (1957–1958/1999) redefine o sintoma como uma manifestação referente à relação entre o sujeito e seu desejo. Para o autor “o desejo só consegue satisfação sob a condição de fazer uma renúncia parcial” (p. 298). Sendo assim, o desejo precisa se converter em demanda – isto é, um desejo investido de significado pela intervenção do significante – o que culmina em um desejo alienado. Por ser inapreensível e inarticulável, o desejo só pode ser inferido na medida em que se articula na demanda, constituída pelos significantes emitidos pelo sujeito. A demanda, por sua vez, representa a cadeia de significantes que se dirige ao Outro, lugar do código. Sendo assim, o sintoma é interpretado como o “resíduo” de um desejo que não foi plenamente integrado à consciência do sujeito (Lacan, 1975/1998).

No caso em discussão, entende-se que a direção deve incidir sobre a construção de um arranjo sintomático capaz de contornar a angústia experienciada como insuportável. Nesse sentido, concordamos com Faria (2022) quando assinala a importância de encontrar coordenadas simbólicas que viabilizem uma leitura do acontecimento traumático que inclua o modo como a contingência marcou o sujeito. A partir da análise do relato clínico, observa-se que o trabalho inicial de fala possui um potencial terapêutico, uma vez que, ao apaziguar a angústia, permite que o sujeito disponha de um tempo para compreender sua situação a partir dos acontecimentos radicais. Em seguida, o paciente parece através dos sonhos repetir a cena de encontro com o real, somada à angústia que, posteriormente, pode ser substituída por uma solução encontrada no próprio sonho, um pedaço de madeira que permite um outro caminho que não seja se afundar na lama.

O paciente repetia incontáveis vezes falas de médicos que diziam que teria muito ou pouco tempo de vida, afirmando em dado momento ser pessimista e "*escolher"* a pior alternativa. Aqui o sujeito pôde aparecer para além da situação emblemática que vivia, o que permitiu que ele se desse conta de uma solução encontrada, uma vez que considerava que essa posição o ajudava a "*resolver o problema*", apesar de reconhecer que lhe trazia prejuízos em seus relacionamentos. Os cuidados incessantes que tinha com sua saúde a partir disso – de caminhadas, alimentação saudável, meditação e respirar ar puro – se colocaram como uma construção na direção de mediar seu encontro certeiro com a morte. Assim, a constituição de um novo arranjo sintomático – que, de alguma forma, integre esse impossível – torna-se viável a partir de um trabalho singular, a partir da transferência (Rodrigues & Muñoz, 2023).

O espaço de fala, geralmente limitado pelo imediatismo e pela predominância do saber médico, emerge como um elemento crucial para a elaboração do sofrimento psíquico diante de eventos traumáticos. Ao proporcionar um ambiente onde o sujeito pode articular suas experiências e sensações, a psicanálise institui uma zona de palavra que permite a construção de novas narrativas diante de um trauma. Como apontam Almeida e Aires (2024), o contorno da angústia e a produção de sentido não acontece sem um trabalho com a linguagem e inclui o furo, aproximando-se da manobra poética. Esse dispositivo pode dar outro lugar para o impacto agudo do desespero que não só a angústia, contribuindo também para uma abordagem mais integrada do cuidado no ambiente hospitalar, onde as dimensões subjetivas podem ser incluídas no tratamento.

4. Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo discorrer sobre a atuação psicanalítica diante de acontecimentos imprevistos ocorridos no ambiente hospitalar, por meio de um relato de caso. Buscou-se identificar as especificidades da clínica psicanalítica nesse contexto, aprofundando a discussão sobre como os conceitos de trauma, angústia e sintoma – fundamentados nos aportes teóricos de Freud, Lacan e seus comentadores – podem contribuir para a compreensão e a intervenção junto a pacientes em situação de grande sofrimento.

A situação clínica analisada trouxe à tona algumas das questões dirigidas ao psicanalista no hospital, assim como viabilizou a reflexão teórico-clínica sobre o que foi possível fazer. No ambiente hospitalar, frequentemente confrontamo-nos com situações clinicamente desafiadoras, capazes de gerar resistências e suscitar a impressão de que nossas intervenções são limitadas. Diante do estágio avançado dos quadros clínicos ou da escassez de recursos disponíveis para a intervenção, podemos nos sentir impotentes por encontrar um limite em relação ao trabalho que costumamos fazer.

Nas situações potencialmente traumáticas e de grande sofrimento – como o enfrentamento da finitude e a iminência da morte –, a emergência da angústia evidencia que algo do real se descortinou, desorganizando a trama sintomática do sujeito. Dessa forma, o trabalho psicanalítico visa o estabelecimento de um espaço para a fala a fim de possibilitar a emergência de novas narrativas, que, por sua vez, podem promover uma rearticulação dos significantes e, consequentemente, a construção de um novo arranjo sintomático. Essa direção é sustentada pela leitura de que os sintomas, longe de serem meros indicativos de desordem, funcionam, segundo a psicanálise, como tentativas de estabilização diante da angústia e do trauma (Freud, 1917a/1996).

A discussão teórica ressalta que o caráter imprevisível do encontro com o traumático pode gerar um "curto-circuito" no tempo de elaboração uma vez que a instituição funciona na lógica da pressa. A predominância do saber médico e a urgência marcadas no ambiente hospitalar se sobrepõem ao tempo de fala e de escuta, que nessas situações torna-se um elemento indispensável para dar voz ao sujeito, permitindo que aspectos subjetivos – mesmo diante de um quadro de doença avançada – sejam reconhecidos e incluídos, buscando um cuidado mais integral do

paciente. Nesse sentido, torna-se fundamental proporcionar um intervalo composto por um espaço de escuta que permita que o sujeito possa construir saídas para seu impasse.

Assim, além de ampliar o debate teórico acerca das relações entre trauma, angústia e sintoma, o relato evidencia a importância de estratégias de escuta que possibilitem a emergência de novos arranjos sintomáticos e aponta para a importância do dispositivo analítico para o cuidado integral ao paciente no hospital. Ademais, apesar dos desafios inerentes – que vão desde o domínio do saber médico até as dificuldades de sustentar a escuta que nos confronta com nossa própria finitude e angústia – o hospital pode colocar-se como um lugar privilegiado para o convite à fala, uma vez que a clínica psicanalítica aposta na via discursiva como modo de tratamento para o encontro com o real e o mal-estar diante da finitude; questões essas que se apresentam no cotidiano hospitalar abrindo um campo vasto para a atuação do psicanalista.

Referências

Almeida, D. L., & Aires, S. (2024). Urgência subjetiva, tempo lógico e sintoma: Perspectivas psicanalíticas. *Revista Psicologia Clínica*, *35*(2).

Almeida, D. L., & Aires, S. (2023). A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: Construção de um caso clínico. *Psicologia: Ciência e Profissão, 43*, e253403. https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403

Ansermet, F. (2014). Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana Online*, *5*(13), 1-5. Recuperado de http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf

Azevêdo, A. V. S., & Crepaldi, M. A. (2016). A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, *33*(4), 573–585. Recuperado de https://www.scielo.br/j/estpsi/a/JHXxwcXNsqNk3f3pfsyyhFP/

Barros, M. do R. C. do R. (2015). Trauma, uma nova perspectiva sobre um real. *Opção Lacaniana Online*, *6*(16), 1-9. Recuperado de http://www.opcaolacaniana.com.br/nranterior/numero16/texto6.html

Barros, R. do R. (2014). Redes e laços: impasses e desafios. In A. B. R. Bernat, D. R. Pereira, & M. S. Marchese (Eds.), *Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?* (pp. 83-92). INCA. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_sofrimento_psiquico_paciente_oncologico.pdf

Belaga, G. (Org.) (2006). Presentación. In *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (2a ed., pp. 11-12). Buenos Aires/ARG: Grama Ediciones.

Belaga, G. (2009). Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas. *Virtualia: Revista Digital de la EOL, 19*, 1–15. Recuperado de https://www.revistavirtualia.com/articulos/392/dossier-sintoma-y-lazo-social-enapaol/respuestas-a-lo-impolitico-de-las-urgencias-subjetivas

Caldas, H. (2015). Trauma e linguagem: acorda. *Opção Lacaniana Online Nova Série, 6*(16), 1-14. Recuperado de http://www.opcaolacaniana.com.br/nranterior/numero16/texto5.html

Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo/SP: Editora Brasiliense.

Darriba, V. A., & Brunhari, M. V. (2025). Psicanálise e urgência subjetiva: Que dispositivo no hospital? *Interação em Psicologia, 29*(2). https://doi.org/10.5380/riep.v28i2.96261

Dias, M. das G. L. V. (2006). O sintoma: de Freud a Lacan. *Psicol. Estud., 11*(2), 399-405. https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200019

Faria, J. S. (2023). O que traumatiza o corpo: Sintoma, fantasia e trauma. *Revista de Psicanálise Stylus*, *1*(43), 111–121. https://doi.org/10.31683/stylus.v1i43.920

Ferreira, D. M., & Castro-Arantes, J. M. (2014). Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica Revista de Psicanálise*, *3*(5), 37–71. Recuperado de http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/585

Freud, S. (1893–1895/1996). *Estudos sobre a histeria*. Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. II). Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1917a/1996). Conferência XVII: o sentido dos sintomas. In *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III)*, (pp. 265-280). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVI), Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1917b/1996). Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas. In *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III)*, (pp. 361-378). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVI), Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1920/1996). Além do princípio do prazer. In *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*, (pp. 13-78). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII), Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1922/1996). A cabeça da Medusa. In *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*, (pp. 289-290). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII). Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Freud, S. (1926/1996). Inibições, sintomas e angústia. In *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos*, (pp. 81-174). Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XX). Rio de Janeiro/RJ: Imago.

Grant, M. M. G. M., Rocha, I. M. S. de A., & Oliveira, A. M. de (2025). O lugar do psicólogo nos processos de humanização no hospital geral. *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, *9*(18), 386–400. Recuperado de https://periodicos.pucminas.br/pretextos/article/view/32714

Lacan, J. (1953/1998). Função e campo da fala e da linguagem. In *Escritos*, (pp. 239–324). Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1954/1998). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a "Verneinung" de Freud. In *Escritos*, (pp. 893-902). Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1957–1958/1999). *O seminário livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1975/1998). Conferência de Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*, *23*, p. 6-16.

Moura, M. D. (Org.) (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In *Psicanálise e hospital* (pp. 3–15). Rio de Janeiro/RJ: Revinter.

Rodrigues, M. S., & Muñoz, N. M. (2020). Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, *23*(3), 90–98. https://doi.org/10.1590/1809-44142020003009

Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In G. Belaga (Org.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (2a ed., pp. 34-42). Buenos Aires/ARG: Grama Ediciones.

Sotelo, M. I., & Belaga, G. (2008). Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas y respuestas clínicas. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (246–249). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de https://www.aacademica.org/000-032/609.pdf

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Verztman, J., Pinheiro, T., Saceanu, P., & Viana, D. (2006). Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: discussão da metodologia de pesquisa. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam 9*(4), 647–667. https://doi.org/10.1590/1415-47142006004006

Informações complementares

Recebido em: 13/05/2025

Aceito em: 17/03/2026

Publicado em:14/04/2026

Editoras responsáveis: Dra. Cristiane Davina Redin Freitas, Dra. Leticia Lorenzoni Lasta e Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa.
Autor correspondente: Mariana Almeida Rabello
Email: mari.almeida.rabello@gmail.com
Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.
Financiamento: Não há financiamento.
Contribuição dos autores: Mariana Almeida Rabello: Conceitualização, Análise de dados, Pesquisa, Metodologia, Supervisão, redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição. Nuria Malajovich Munoz: Conceitualização, Análise de dados, Pesquisa, Metodologia, Supervisão, redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição. Vinicius Anciães Darriba: Conceitualização, Análise de dados, Pesquisa, Metodologia, Supervisão, redação do manuscrito original, Redação – revisão e edição.

Dados dos autores:

- *Mariana Almeida Rabello*. Doutoranda em Psicanálise pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Atenção Psicossocial pelo Instituto de Psiquiatria - IPUB/UFRJ. Psicóloga do Instituto de Psicologia da UERJ, com campo de trabalho no Hospital Universitário Pedro Ernesto.

- *Nuria Malajovich Munoz.* Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora associada do Instituto de Psiquiatria - IPUB/UFRJ.

- *Vinicius Anciães Darriba.* Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Residência Pós-Doutoral na UFMG. Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).