

O ESPAÇO PARA O NÃO-DITO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA PSICANÁLISE COM PACIENTES PRIVADOS DE FALA¹

THE SPACE FOR THE UNSPOKEN: CHALLENGES AND POSSIBILITIES OF PSYCHOANALYSIS WITH NON-SPEAKING PATIENTS

Fernanda Fernandes Garcia da Silva²

RESUMO

Este trabalho investiga os desafios e as possibilidades da Psicanálise no atendimento a pacientes privados de fala, especialmente aqueles em condição de traqueostomia. Teve o objetivo de analisar com um enfoque psicanalítico os desafios e as possibilidades que a Psicologia Hospitalar encontra no atendimento de pacientes privados de fala, considerando as limitações da comunicação verbal e os recursos terapêuticos alternativos. A pesquisa foi realizada por meio de um relato de experiência de estágio em um hospital referência em cardiologia da cidade de Porto Alegre, complementado por uma revisão bibliográfica. As conclusões destacam que, apesar dos desafios, existem possibilidades significativas para a intervenção, como o uso de pranchas de comunicação alternativa e a escuta sensível, que permitem a expressão emocional e a construção de um espaço de acolhimento. Assim, a escuta psicanalítica do não-dito se revela fundamental para a humanização do cuidado, promovendo a subjetividade do paciente e abrindo caminho para elaboração de seu sofrimento.

Palavras-chave: Não-dito, fala, intervenções, desafios, Psicanálise.

ABSTRACT

This study investigates the challenges and possibilities of Psychoanalysis in the care of speech-deprived patients, especially those with tracheostomy. The objective was to analyze, from a psychoanalytic perspective, the challenges and possibilities that Hospital Psychology encounters in the care of speech-deprived patients, considering the limitations of verbal communication and alternative therapeutic resources. The research was conducted through a report of an internship experience at a reference hospital in cardiology in the city of Porto Alegre, complemented by a bibliographic review. The conclusions highlight that, despite the challenges, there are significant possibilities for intervention, such as the use of alternative communication boards and sensitive listening, which allow emotional expression and the construction of a welcoming space. Thus, psychoanalytic listening to the unsaid proves to be fundamental for the humanization of care, promoting the patient's subjectivity and paving the way for the elaboration of their suffering.

Keywords: The unspoken, speech, interventions, challenges, Psychoanalysis.

¹ Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia desenvolvido no primeiro semestre de 2025, sob orientação do Prof. Dr. Cleber Gibbon Ratto.

² Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação de Psicologia da Universidade La Salle - UNILASALLE. Contato eletrônico: fernandafernandes.garcias@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia Hospitalar, como especialidade, passou a ser reconhecida como especialidade no ano 2000, por meio da Resolução CFP n.º 014/2000. Este é um campo relativamente novo no Brasil, e em algumas graduações não faz parte da grade curricular. A presença do psicólogo nesse contexto busca contribuir para um cuidado integral, levando em conta as dimensões emocionais, subjetivas e sociais do adoecer (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Simonetti (2013) já indicava que toda doença está carregada de subjetividade humana, o que evidencia o quanto o sofrimento físico também implica dores psíquicas e simbólicas. Adoecer é lidar com uma limitação real imposta pelo corpo, que esbarra sem pedir licença. Segundo Pereira et al. (2022), o profissional da Psicologia, nesse contexto, busca devolver a voz ao paciente, ajudando-o a expressar suas emoções, medos e desejos, e assim, resgatar sua subjetividade e lugar de sujeito.

O trabalho da Psicologia no contexto hospitalar ainda é pouco conhecido pelos acadêmicos, pois ainda hoje a graduação volta-se de maneira geral para o atendimento clínico, sobretudo as psicoterapias. As instituições de saúde no Brasil têm aberto espaço para a atuação do psicólogo, frente à necessidade de compreender o processo saúde/doença sob uma perspectiva psicossocial, visando intervir nos contextos vivenciados por indivíduos e grupos em situação de adoecimento ou vulnerabilidade (Assis & Figueiredo, 2019).

Em uma pesquisa realizada por Lemos e Weise (2023), apontou-se que a pandemia da COVID-19 afetou significativamente a atuação e saúde mental dos profissionais de Psicologia Hospitalar brasileiros. Muitos adotaram atendimentos *online*, uma modalidade que até então era pouco utilizada. Foi possível notar um aumento expressivo no contato com situações de óbito e luto, fator que exigiu maior preparo emocional e técnico dos psicólogos da pesquisa. Além disso, os autores apontam a falta de suporte institucional, onde os profissionais precisaram buscar por conta própria maneiras de se capacitar para enfrentar esse novo cenário.

Este trabalho emerge a partir de uma experiência vivida no percurso de estágio profissionalizante no âmbito da Psicologia Hospitalar, realizado em um hospital referência em cardiologia, na cidade de Porto Alegre/RS. A inserção no contexto hospitalar proporcionou não apenas o contato com a prática clínica na saúde, mas também fez surgir encontros singulares com os pacientes atendidos.

Entre os pacientes que mais mobilizaram a autora estão aqueles em condição de traqueostomia³, que, em função de procedimentos médicos, perdem temporária ou definitivamente a capacidade de se comunicar por meio da fala. Estes sujeitos, muitas vezes conscientes e lúcidos, enfrentam um duplo sofrimento: o da própria condição clínica e o da impossibilidade de se expressar. São estes que escancaram a importância de pensar na escuta para além da linguagem verbal, desafiando a atuação tradicional do psicólogo e exigindo sensibilidade e criatividade clínica.

A tarefa de escutar quem não pode falar se mostrou instigante e, ao mesmo tempo, desafiadora. Para a Psicologia, especialmente sob uma perspectiva psicanalítica, a fala é ferramenta essencial, meio pelo qual o sujeito se constitui e se expressa. Como oferecer acolhimento psicológico e “dar voz” a sujeitos cuja linguagem verbal está comprometida?

A impossibilidade da fala, então, nos convoca a pensar em outras formas de escuta e presença. Diante disso, quais são os *desafios* e as *possibilidades* da Psicologia Hospitalar, sob o viés psicanalítico, no cuidado de pacientes internados privados de fala? Essa pergunta deu forma ao problema central da pesquisa.

O *objetivo geral* deste trabalho foi analisar, com um enfoque psicanalítico, os *desafios* e as *possibilidades* que a Psicologia Hospitalar encontra no atendimento de pacientes privados de fala, considerando as limitações da comunicação verbal e os recursos terapêuticos alternativos. Especificamente, pretendeu-se: (1) identificar os principais desafios enfrentados por psicólogos hospitalares diante da ausência de fala; (2) elencar as possibilidades de intervenção terapêutica baseadas na escuta psicanalítica, em contexto hospitalar, mesmo sem linguagem verbal; (3) explorar como os fenômenos de transferência e contratransferência se manifestam e como podem ser manejados em tais contextos; e (4) discutir uma experiência de estágio em Psicologia no âmbito hospitalar, a partir da exploração teórico-prática da vivência, produzindo saberes úteis a esse campo de atuação.

Este estudo foca, especialmente, em pacientes traqueostomizados, cuja condição clínica desencadeia a interrupção da fala por tempo indeterminado. Nestes casos, observa-se que o sofrimento psíquico é potencializado pela impossibilidade

³ “A *traqueostomia* é um procedimento cirúrgico que objetiva permitir desobstrução das vias aéreas superiores do paciente com intuito de garantir a vida. O procedimento é realizado em situações de comprometimento do trato respiratório superior por tumores, cirurgias, traumas faciais graves ou infecções. A traqueostomia também é realizada para prevenir lesões laringeas ou nas vias aéreas superiores causadas por intubação traqueal prolongada.” (Santa-Cruz et al., 2020)

de expressar emoções, medos e desejos por meio da linguagem verbal. A escuta do psicólogo, portanto, precisa se reinventar, utilizando recursos terapêuticos alternativos e sustentando um espaço de acolhimento mesmo na ausência da palavra.

A relevância desta pesquisa se apresenta em três dimensões. Socialmente, contribui para a humanização da atenção hospitalar, valorizando o cuidado com a subjetividade do paciente, mesmo nos casos em que ele próprio não consegue se comunicar. No campo acadêmico, amplia o debate sobre a prática psicológica em contextos desafiadores, propondo reflexões sobre a escuta além da fala. Do ponto de vista formativo, a experiência proporcionou à autora uma ampliação da compreensão sobre a clínica em saúde e sobre o papel do psicólogo hospitalar e da psicanálise no enfrentamento do sofrimento humano.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho é de caráter exploratório e descritivo, articulando um relato de experiência de estágio com uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. É de natureza eminentemente qualitativa. A pesquisa qualitativa busca responder a questões muito subjetivas. Nesse sentido, seu objeto de pesquisa dificilmente será traduzido em números e indicadores quantitativos (Minayo, 2019). Quanto ao caráter exploratório, Piovesan e Temporini (1995, p. 319) afirmam que:

Define-se pesquisa exploratória, na qualidade de parte integrante da pesquisa principal, como o estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer.

Segundo Mussi, Flores e Almeida (2021) o relato de experiência necessita da problematização da experiência, não focando apenas nos seus aspectos positivos, mas abrangendo a sua totalidade como proposta de reflexão. Deve assim, ultrapassar a simples descrição de vivências pessoais e se estruturar a partir de uma análise crítica e fundamentada teoricamente. Visto isso:

O Relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), cuja característica

principal é a descrição da intervenção. Na construção do estudo é relevante conter embasamento científico e reflexão crítica. (Mussi et al., 2021, p.65)

A pesquisa bibliográfica que fundamentou a discussão sobre o relato de experiência, decorreu da escolha intencional de autores e textos especializados no tema. Além disso, foi feita uma busca ativa de artigos científicos recentes, por meio do Google Acadêmico, que tratam especificamente do tema em questão. Para isso, a busca foi restringida aos últimos 5 anos (2015-2024) e foram adotados os seguintes descritores: “hospital”, “traqueostomia”, “fala” e “psicanálise”. Foram considerados na busca apenas artigos científicos em língua portuguesa, excluídos outros trabalhos como TCC's, dissertações, teses, resumos, anais de eventos etc. Os resultados inicialmente encontrados na busca foram, na sequência, filtrados manualmente, considerando a leitura dos títulos e dos resumos, sendo selecionados intencionalmente para estudo na íntegra apenas os artigos científicos que tinham relação direta com o tema deste trabalho.

Silva, Oliveira e Alves (2021) afirmam:

A pesquisa bibliográfica é o levantamento ou revisão de obras publicadas sobre a teoria que irá direcionar o trabalho científico o que necessita uma dedicação, estudo e análise pelo pesquisador que irá executar o trabalho científico e tem como objetivo reunir e analisar textos publicados, para apoiar o trabalho científico. (Souza; Oliveira; Alves, 2021, p. 64)

Os autores ainda destacam a importância do uso de fontes confiáveis e de uma leitura cuidadosa, de caráter exploratório, seletivo e crítico, com o objetivo de selecionar, classificar e interpretar as informações relevantes. Diante da análise do conhecimento já produzido, o pesquisador adquire embasamento teórico para sustentar sua investigação e construir novos entendimentos sobre o objeto de estudo.

Na revisão bibliográfica por meio do Google Acadêmico, foram encontrados inicialmente 134 títulos. Foi realizada a leitura dos títulos e selecionados apenas artigos científicos diretamente relacionados ao tema, que, após a leitura de títulos e resumos, restaram apenas 3 textos para inclusão. Estes foram os achados mais próximos do objetivo de estudo. Contudo, chama atenção o fato de haver tão poucos artigos que discutem o tema específico do atendimento a pacientes privados de fala na perspectiva psicanalítica.

3 EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Abaixo, no quadro, estão apresentados os artigos selecionados para estudo na íntegra e incorporados ao relato de experiência, indicando ano de publicação, autoria, título e o periódico onde foi publicado. São eles:

Quadro 01: artigos selecionados

ANO	AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	BASE
2020	SILVA, M. C.; CARDOSO, P. S. P.	<i>A importância da fala sobre a morte para pacientes oncológicos em fase terminal à luz da psicanálise</i>	Revista Arquivos Científicos (IMMES)	Google Acadêmico
2021	LEVY, E. S.	<i>Uma vida paralela na UTI: a escuta psicanalítica do paciente pós-Covid-19</i>	Estudos de Psicanálise	Google Acadêmico
2019	BALESTRIN, P. R.; MOSCHEN, S. Z.	<i>O laço social e o sujeito paralisado pela tetraplegia</i>	Cadernos de Psicanálise	Google Acadêmico

Fonte: A autora (2025)

A pesquisa “*A importância da fala sobre a morte para pacientes oncológicos em fase terminal à luz da psicanálise*” (Silva e Cardoso, 2020) visa analisar, sob uma perspectiva psicanalítica, a pertinência da fala sobre a morte para pacientes oncológicos em fase terminal. Sua metodologia é uma pesquisa teórica bibliográfica, com análise de textos científicos publicados entre 2009 e 2018, bem como de clássicos da Psicanálise, como Freud e Lacan. Foi adotada a análise teórica dos principais conceitos, como pulsão de vida e de morte, angústia de castração e significante. Dessa forma, buscou explorar como o falar pode promover elaboração psíquica diante do tema da morte, que muitas vezes é considerado tabu e fonte de angústia, em especial nos contextos de doença grave.

Os resultados apontam a fala como via fundamental para que o paciente elabore a dor e a finitude, mesmo diante de situações de alto sofrimento ou limitação física. Além disso, destaca-se o câncer como significante que frequentemente associa-se ao medo da morte, o que provoca angústia e reforça a escuta clínica qualificada. A ausência de espaço para a fala poderia intensificar a pulsão de morte

e gerar comportamentos autodestrutivos, enquanto a escuta possibilita implicações subjetivas. As autoras afirmam: “[...] o estranho está ligado a angústia no sujeito, angústia essa que surge com veemência ao falar sobre a morte, algo que é assustador e não familiar ao sujeito” (Silva; Cardoso, 2020, p. 29). Além disso, o artigo cita Peralva (2008), que apresenta um caso clínico de um paciente internado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) submetido a uma traqueostomia. O relato evidencia como a Psicanálise pode atuar, possibilitando a elaboração da angústia do sujeito por meio da escuta.

O artigo *"Uma vida paralela na UTI: a escuta psicanalítica do paciente pós-covid 19"* (Levy, 2021), traz como objetivo investigar a escuta psicanalítica do paciente pós-covid 19, em especial aqueles que estiveram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e que sofreram com quadros graves. É de abordagem qualitativa e clínica, centrada no campo da Psicanálise aplicada ao contexto hospitalar. A metodologia envolve as contribuições de Freud, Lacan e outros autores, sendo de análise de entrevistas com pacientes, com interpretação psicanalítica, a fim de compreender como esses pacientes vivenciaram sua recuperação e o impacto psicológico da internação prolongada.

Segundo o autor, os relatos do paciente trouxeram vivências marcadas por angústia, desamparo e experiências chamadas por ele de “vida paralela”, ocorridas durante o período em que estava entubado e inconsciente. Através da escuta analítica, permitiu-se que Danilo atribuisse significado a essas experiências traumáticas. Como cita a autora:

Será que Danilo precisou dessa vida paralela para se manter ligado à vida? Sonho? Devaneios? Delírios? Não temos exatamente como responder, mas podemos tentar refletir sobre essa vida paralela que o sustentou na UTI por um mês entubado (Levy, 2021, p. 71).

Por fim, traz a importância da escuta na reconstrução simbólica da experiência da quase morte, permitindo ao sujeito ressignificar seu sofrimento e reconstruir sua identidade após o trauma.

O artigo *"O laço social e o sujeito paralisado pela tetraplegia"*, de Patrícia Rosa Balestrin e Simone Zanon Moschen (2019), objetiva articular conceitos da Psicanálise de trauma e desejo à escuta clínica de pacientes tetraplégicos, promovendo reflexão acerca de como esses sujeitos podem se reinscrever na vida e no laço social. Possui como metodologia uma análise teórica baseada na

Psicanálise freudo-lacaniana, acompanhados desde o acidente até sua volta para casa, além da análise de representações cinematográficas da tetraplegia.

As autoras mostram como principais resultados o luto do sujeito tetraplégico passa pela vida anterior e precisa reconstruir sua posição de desejante, tornando-se possível quando encontra na escuta do outro uma aposta em seu desejo. O suporte das políticas públicas e a escuta aparecem como pontos fundamentais para contorno à experiência traumática e abrem espaço para novos sentidos. Como afirmam as autoras: “Só conseguimos habitar o mundo se houver nele um lugar sonhado para nós no desejo do Outro” (Balestrin; Moschen, 2019, p. 218). Assim, o trabalho enfatiza a importância de políticas públicas que considerem o sujeito não apenas por sua condição física, mas também pela sua singularidade psíquica e cultural.

O texto também aborda, de modo particular, a impossibilidade de fala do paciente nomeado como Fresta, mostrando como a traqueostomia pode impedir o paciente de se comunicar verbalmente, o que o força a encontrar alternativas de comunicação:

Fresta chama sua analista de volta nesse dia com um barulho que faz com a boca para chamar as pessoas, um 'tsc, tsc', já que sua voz não é audível devido à traqueostomia (Balestrin; Moschen, 2019, p. 216)

Outros dois artigos que têm relação direta com o tema desta pesquisa foram encontrados fora do período temporal delimitado na busca. Mesmo assim, considerando a escassez de artigos específicos sobre o tema, optamos por incluí-los no estudo, para enriquecer as possibilidades de discussão.

O artigo “*O analista na unidade de tratamento intensivo: um retorno a Freud*”, de Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto (2009), tem como objetivo discutir a atuação do psicanalista na Unidade de Terapia Intensiva e os desafios da escuta em um local marcado pela urgência e proximidade com a morte. Explora como o analista pode intervir nesse contexto, levando em consideração a relação entre “psicanálise pura” e psicanálise aplicada, propondo um retorno ao texto freudiano, e destacando sua relevância para a prática psicanalítica no hospital.

O autor aborda a UTI como um espaço em que *Eros* e *Thanatos* coexistem, onde a luta pela vida e a presença constante da morte se entrelaçam, assim formando a urgência psíquica. O artigo aponta que, mesmo em um ambiente onde a

comunicação verbal está comprometida, o analista deve estar atento ao não dito, às expressões do corpo e aos significantes que emergem na interação com o paciente, família e equipe médica. Conforme Netto (2009, p. 114):

M.D estava internada na UTI há dois meses e, apesar de lúcida, estava muito fraca e respirava através de uma traqueostomia o que dificultava a comunicação com a filha M.L. que a visitava todos os dias. M.L. dificilmente se reportava ao serviço de psicologia e todas as tentativas de aproximação pareciam não surtir efeito. No entanto, certo dia percebi que todas as vezes que eu passava perto do leito M.L. me olhava. Assim, decidi me aproximar e perguntar como estavam as coisas. M.L. fala que MD já havia perdido o casamento de um sobrinho que se casara há duas semanas e que perderia também o casamento do neto, filho de M.L., que ocorreria dali a dois dias. Imediatamente digo que M.L. poderia trazer as fotos dos casamentos para que M.D. pudesse vê-las.

Portanto, o autor aponta a presença do psicanalista na UTI como fundamental para garantir o reconhecimento do paciente como sujeito, e não apenas um corpo/organismo que precisa de tratamento. Aponta que a Psicanálise deve se adaptar às peculiaridades do ambiente hospitalar, sem perder a essência teórica e clínica, como também enfatiza a escuta para além da linguagem verbal.

Em *“O Confronto Com A Finitude Na Clínica Hospitalar: Da Morte Como Limite À Urgência Da Vida”*, de Elisa Lima Mayerhoffer Peralva (2008), explora-se a atuação psicanalítica no hospital, focando na iminência da morte. O texto analisa como o confronto com a morte impulsiona uma urgência subjetiva, mobilizando questões inconscientes. Além disso, investiga a inserção do psicanalista no hospital e sua função diante do discurso médico predominante e discute como a Psicanálise pode sustentar um espaço de fala para o paciente, mesmo em casos de maior vulnerabilidade.

A discussão fica em torno da relação entre morte, desejo e subjetividade, destacando a presença do psicanalista no hospital como permissão para que o paciente releia sua vida diante da finitude. A autora apresenta o caso de João, paciente traqueostomizado:

Após este procedimento, o Sr. João mais do que não poder falar, não queria mais falar. [...] Frente à violência e radicalidade desta destituição, o João que falava deu lugar ao João que não podia falar, talvez por não encontrar palavras que pudessem nomear aquilo que se encontra na ordem do irrepresentável, do inominável: o confronto à própria morte. (Peralva, 2008, p. 69).

Por fim, o artigo conclui que a presença da Psicanálise no hospital é fundamental para garantir que o paciente seja reconhecido como sujeito do desejo, para que, assim, a escuta psicanalítica frente à iminência de morte acolha o sofrimento e permita que o sujeito situe sua trajetória de forma singular, através do relance de questões sobre a vida.

4 EXPLORAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

A seguir, será apresentada uma discussão sobre o relato de experiência de estágio em Psicologia, no âmbito hospitalar, a partir da exploração teórico-prática da vivência, a fim de produzir saberes úteis a esse campo de atuação. Serão abordados aspectos como transferência, contratransferência, desafios e possibilidades da atuação da escuta psicanalítica nesse contexto. Para isso, será feita uma exploração geral da experiência, bem como a apresentação de alguns elementos de um caso específico.

Começarei por narrar e discutir uma situação que foi impactante e significativa no que se refere ao tema explorado nesta pesquisa. Tratou-se de um paciente idoso, de 87 anos, que veio ao hospital para realizar cirurgia cardíaca e acabou com complicações no pós-operatório que o levaram a ficar um bom tempo na UTI. Passou um período com quadro de *delirium*, depois intubação e extubação, o que impossibilitava o atendimento diretamente a ele, sendo, nesse período, direcionado o atendimento psicológico à família. Após extubado, passou a necessitar de traqueostomia, não era muito responsivo durante os atendimentos e negou o uso das pranchas de comunicação alternativa⁴. O paciente ainda passava por períodos de confusão mental e, nesse momento, a possibilidade foi oferecer suporte à família, visto que são parte essencial do bem-estar do paciente durante a internação.

Penso ser válido destacar que, durante a internação, o sujeito fez uso de medicações psiquiátricas como antipsicóticos e antidepressivos. Quando volta para o quarto, consegue se comunicar, ainda que de forma limitada, devido à traqueostomia.

⁴ As *pranchas de comunicação alternativa* são compostas por elementos como alfabeto, expressões emocionais, localizações corporais e tipos de dor. Esses recursos permitem que pacientes com limitações na fala, ao apontarem para as imagens ou letras, possam expressar sentimentos, descrever sintomas e formular palavras ou frases, mesmo diante da impossibilidade de verbalização.

Conta sua história, diz que é ex-militar aposentado e de repente fala: *“queria ter sido um pai melhor”* (sic). Nesse momento, pôde-se interpretar que o contato muito próximo com a finitude da vida despertou memórias afetivas ligadas ao passado, fez o paciente rever aspectos subjetivos de sua vida e confrontar-se com a frustração de certos ideais. O próprio uso do “queria”, como se não houvesse mais tempo de ser pai, revelava a urgência imposta pela ameaça da finitude. Não havia mais vida para viver aqui e agora?

Apesar de negar o uso da prancha de comunicação alternativa, é válido destacar o esforço que o paciente fazia para falar, mesmo traqueostomizado. Após conseguir se comunicar com muita dificuldade devido à traqueostomia, e ainda com alguns períodos de confusão mental, seu discurso revelava muita angústia. Em certo atendimento, trouxe não saber se valia a pena lutar para continuar vivo. Com um espaço de escuta guiado pela associação livre e a atenção flutuante, foi possível acolher a fala do paciente com os afetos implicados, sustentar essa escuta, mesmo que difícil, e estimular uma postura de contato com a impotência que lhe impedia de seguir fantasiando algum futuro possível.

A subjetividade gritava. Em certo momento falou *“horrível, parecia que ia morrer”* (sic) e *“doía muito”* (sic), referindo-se ao tempo na UTI. Também trouxe *“não sei se vale essa batalha para ficar vivo”* (sic). Inspirada por Simonetti (2013) e semelhante à abordagem de Peralva (2008), emprestei as palavras ao paciente em alguns atendimentos, buscando resgatar sua subjetividade, até que ele pudesse usar as suas próprias. No fim, o paciente trouxe *“se tem vida, tem possibilidade”* (sic), demonstrando ter outra posição frente a essa ainda esperança de vida por-vir.

Além disso, conforme foi conseguindo recuperar sua fala, trouxe lembranças que não sabia diferenciar se eram reais ou não, pois sua filha falava que não tinham acontecido. Nesse momento, a busca foi por tranquilizar o paciente frente a essa confusão, explicando que era natural que isso ocorresse após um longo período de internação em terapia intensiva, pois ele se sentia perdido por não saber se “sonhou” ou se realmente tinha acontecido. Durante um atendimento, a filha esteve presente e foi nítido o incômodo dela diante da verbalização dos sentimentos negativos de seu pai, o que torna mais importante ainda que o paciente nessas condições possa ter um espaço para falar sobre o insuportável, o que muitas vezes nem a equipe nem a família suportam escutar.

A angústia sentida pelo paciente na impossibilidade de fala durante o período traqueostomizado na UTI é notável. Mas e a angústia do profissional e/ou acadêmico de Psicologia? A graduação de Psicologia, desde o início, apresenta a fala como ferramenta principal de trabalho. Na Psicanálise, em especial, fala-se em “cura pela fala”, expressão dada pela paciente Anna O. no texto “*Estudos sobre a histeria*” (1895), de Freud e Breuer. Essa angústia pode esconder uma limitação que o profissional encontra, frente à impossibilidade de realizar seu trabalho da maneira como foi ensinado ao longo de cinco anos. Além do que, é mesmo angustiante não compreender o que um paciente fala ou aquilo que vibra no silêncio imposto pela doença. Por fim, o profissional ou acadêmico de Psicologia pode sentir-se extremamente limitado e incapaz frente à tentativa de atendimento de um paciente nessas condições, sendo desafiado a lidar com os limites de sua própria atividade, o que, por si só, já é uma espécie de partilha da impotência vivida pelo paciente silenciado.

Esse cenário pode resultar em uma contratransferência, que de antemão pode levar o profissional a pensar que nenhum trabalho com o paciente é possível, por este estar com limitações na fala. Em sua conferência “*As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*”, apresentada em 1910 durante o II Congresso Internacional de Psicanálise, em Nuremberg, Freud introduz o conceito de contratransferência. Ele a define como as reações inconscientes despertadas no analista pela influência do paciente, sendo de suma importância que o profissional seja capaz de reconhecê-las e superá-las, a fim de que essas reações não interfiram negativamente no processo analítico.

Paula Heimann (1950), autora pós-freudiana da Escola Inglesa, em “*Sobre a Contratransferência*”, a contratransferência deveria ser tomada não apenas como um problema a ser superado, mas como uma ferramenta de trabalho ao analista, pensando que os afetos despertados devem ser reconhecidos e utilizados, não reprimidos. Segundo a autora, o objetivo da análise pessoal do analista não é torná-lo um ser humano mecânico, mas sim um sujeito capaz de sustentar e utilizar seus próprios afetos em benefício do processo analítico. Dessa forma, aponta que, quando o analista ignora suas emoções, seja por medo ou culpa, por exemplo, as interpretações podem ficar empobrecidas e a escuta limitada, funcionando como resistência no âmbito do tratamento.

Winnicott em seu texto “*O Ódio na Contratransferência*”, de 1947, na análise de pacientes psicóticos, traz a noção de contratransferência, argumentando como é essencial que o analista reconheça e compreenda seus próprios sentimentos de ódio em relação àqueles que escuta. O autor afirma que o profissional deve estar consciente desses sentimentos para poder manejá-los de forma ética, sendo contra negá-los ou dissimular sua ocorrência. Pontua, ainda, que pode ser utilizado de maneira construtiva na relação, desde que o analista esteja bem analisado e emocionalmente preparado para tal. Com isso, notamos a importância da análise pessoal durante esse processo, bem como da supervisão, espaços/tempos nos quais o profissional pode fazer contato com sua própria impotência diante da força do Real que invade a vivência subjetiva privando-a de nomeação.

Na experiência que está sendo relatada, eram disponibilizadas pranchas de comunicação alternativa como ferramenta. Estas continham alfabeto, bem como emoções e situações mais específicas do hospital, como regiões do corpo e dores. Quando usada, é importante que o profissional não se apresse em tentar adivinhar a palavra que o paciente está formando, dando-lhe espaço/tempo para fazer aproximações sucessivas em sua tentativa de nomeação por meio dos gestos. A *presença* se mostrou ferramenta fundamental nos atendimentos, principalmente com pacientes que não conseguiam falar nenhuma palavra em função da traqueostomia, pois, se fosse desejo do paciente, era utilizada como forma de expressão, um caminho para expressar sentimentos. Outras formas são possíveis de pensar, como escrita à mão ou desenho, desde que faça sentido para o paciente no contexto específico do atendimento e de cada caso singular. Em alguns atendimentos, a única ferramenta de expressão pode ser o corpo, como um leve balanço de cabeça para respostas de sim ou não. Claro que o atendimento acaba por ser limitado, mas é importante que a tentativa seja feita, é a linguagem possível nessas condições, e diante do quase nada, qualquer gesto pode representar quase tudo.

Simonetti (2013) enfatiza que quem não fala é falado, mas que o psicólogo fala, pois essa é a sua ferramenta de trabalho. Posto isso, em alguns momentos será necessário falar para o paciente, até que ele possa usar suas próprias palavras, buscando trazer sua subjetividade à tona. Subjetividade essa que está afogada em meio a intervenções corporais, o discurso biomédico e uma limitação real imposta pelo corpo. Peralva (2008) ressalta que, quando o psicanalista se insere no ambiente hospitalar com sua presença e escuta, assume uma posição ética distinta

da lógica biomédica dominante, considerando o sujeito como um ser atravessado pelo desejo, não apenas um corpo adoecido que precisa de cura.

Falar com a família é importante para conhecer melhor o paciente, não apenas como está no momento, mas como era esse paciente em sua vida fora do hospital, como, por exemplo, qual sua profissão, o que gostava de fazer em seu tempo livre, como estão percebendo-o neste momento. Vale ressaltar que o paciente quer se comunicar, mesmo através de outras vias de comunicação como as pranchas, escritos à mão com papel e caneta ou com muita dificuldade soltando palavras na traqueostomia, deve ser levado em consideração. Quando o paciente demonstra muita disposição em tentar, é um ponto importante a considerar. O contrário também deve ser avaliado.

Em outros momentos, a intervenção do psicólogo poderá ser muito mais despretensiosa, mas igualmente significativa em seu potencial. Ao perguntar ao paciente se está com alguma dor, se está conseguindo se comunicar com a equipe, consegue-se dar voz a um sujeito que está impossibilitado dela e talvez não esteja conseguindo expressar. Afinal de contas, o sofrimento também tem uma dimensão incomunicável, que escapa à simbolização, impossível de ser deixado de lado no contexto hospitalar, que é o do próprio corpo e o contato com a finitude da vida.

Ferenczi, em *“A elasticidade da técnica psicanalítica”* (1928), sugere que a psicanálise deve se adaptar ao paciente, e não o paciente a ela, devendo essa ser mais flexível, desafiando os moldes rígidos da clínica. Pensamos, então, que nesse contexto ela também tem o dever de se adaptar. Dessa forma, também nos cabe desafiar os modelos tradicionais de escuta, mesmo quando o paciente se encontra privado de fala verbal, como no caso de traqueostomizados. Frente ao silêncio imposto por esta condição clínica, a escuta psicanalítica precisa se reinventar. A falta de fala verbal não significa a ausência de sofrimento. Existem outras vias de abrir espaço para o não dito: o corpo, o olhar, os gestos, os silêncios, todos eles são maneiras de expressão que exigem uma clínica sensível, aberta ao simbólico mesmo fora da manifestação verbal.

Quando Ferenczi (1928) propõe uma técnica elástica, antecipa a necessidade de uma escuta que acolha o sofrimento em suas manifestações não convencionais, o que é extremamente pertinente nesse tipo de contexto. A escuta aqui torna-se uma construção conjunta e nela o psicólogo precisa tolerar o não saber, se abrir ao que o paciente pode ou não comunicar dentro de suas próprias condições. Resulta

assim em um desafio ético e técnico: reconhecer a subjetividade do sujeito, além da condição clínica, mesmo que expressa por formas não convencionais.

Diante disso, como a transferência pode ser afetada? Para Freud (1914), a transferência é a atualização de protótipos infantis de satisfação e frustração diante do Outro, operando como veículo e, eventualmente, resistência ao tratamento. Ferenczi (1932) vai além na compreensão, para o autor a transferência é um laço real que o paciente estabelece com o analista e propõe que o profissional seja sensível e responsivo, criando condições de tato e empatia para uma partilha do sensível num espaço comum a ambos, paciente e terapeuta. Já Lacan (1964), aborda a transferência como um efeito do sujeito suposto saber, que se instala quando o sujeito supõe que o analista detém um saber sobre seu desejo, sendo o manejo crucial para que o trabalho crie uma via de abertura ao inconsciente.

Nesse sentido, a falta de compreensão da fala do sujeito e a impossibilidade de comunicação por conta da condição de traqueostomia podem despertar frustrações no paciente, e estas podem ser dirigidas ao terapeuta, que, se não souber manejar a transferência e seus efeitos contratransferenciais, estará em um terreno difícil. É um trabalho que necessita de paciência, sensibilidade ao não verbal, uma espécie de sintonia fina com o paciente em seus esforços de conexão e expressão. O tato e a empatia, compreendidos como “sentir junto” e não apenas como o tão propagado quanto impossível “colocar-se no lugar do outro”, são atitudes éticas e estéticas fundamentais da parte do terapeuta para criar um espaço potencial de encontro com o não dito em sua potência expressiva. Nesse sentido, é importante que o profissional não assuma uma postura ansiosa e se apresse tentando adivinhar ou completar lacunas com palavras próprias, atropelando o trabalhoso e angustiante processo de aproximação com o não dito. Não deve se pressupor que já sabe qual a palavra do paciente antes desta ser completada por ele mesmo ou construída no jogo delicado e sensível de aproximação com o Real do corpo silenciado pela doença e, geralmente, pelo medo da morte.

A partilha da impotência diante da privação da fala pode ser tão ou mais importante que o encontro com palavras que consigam traduzir algo da condição desamparada que se atualiza diante da impossibilidade de falar. Vale lembrar que essa posição, a de infante (sem fala), é aquela comum a todos nós num tempo da vida no qual experimentamos a dependência absoluta ou relativa a um Outro que

precisava nos emprestar parcelas do seu desejo e da sua capacidade de fantasiar, para que pudéssemos vir-a-ser sujeitos do desejo.

5 ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA

Para Lacan (1953-1954) o inconsciente é estruturado como linguagem, logo, podemos dizer que a linguagem para ele não é mero instrumento de expressão do sujeito, mas, sim, aquilo que o constitui e estrutura. O autor parte do conceito de que existem três dimensões na estrutura da psique humana: o Simbólico, o Imaginário e o Real (Lacan, 1964). O Real aparece como um confronto com aquilo que escapa à simbolização e ao imaginável, o que está fora do campo da nomeação e remete à urgência da descarga, do gozo, da morte. No hospital os sujeitos frequentemente se deparam com o Real, a dor e o corpo adoecido, a ameaça de morte, o contato muito próximo com a finitude da vida, aquilo que, mesmo havendo palavras, seria da ordem do inominável.

Freud em "Considerações atuais sobre a guerra e a morte" (1915) diz que não conseguimos representar nossa própria morte. O autor afirma: "No fundo, ninguém acredita em sua própria morte, ou, o que vem a ser o mesmo, no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade" (Freud, 1915, p. 209). O hospital aparece como palco desse encontro com esse Real do corpo, que nos lembra e ameaça com sua precariedade, fragilidade e finitude. Muitas vezes devastador, esse encontro gera angústias de difícil tramitação psíquica, paralisia e silenciamento subjetivo (Coppus; Pereira, 2020).

O sujeito que passa por uma internação em UTI, por exemplo, se vê confrontado com a própria morte, e não consegue mais fantasiar que ela não existe. No caso de pacientes privados de fala, se observa o desafio de não poder expressar verbalmente aquilo que está gerando esse confronto. O analista nesse campo ocupa o lugar de sujeito suposto saber, sustentando a transferência e abrindo espaço para a fala, mesmo diante dessa situação extrema. Moretto (2001) traz, em uma perspectiva psicanalítica, que a fala é essencial para que o paciente signifique seu buraco no Real. A autora diz que o ser humano é atravessado pela linguagem desde o nascimento, não podendo escapar dessa condição, mesmo que escolha não falar.

O trabalho psicanalítico em ambientes hospitalares, sobretudo em Unidades de Terapia Intensiva, apresenta desafios singulares, especialmente quando o paciente se encontra privado de fala. Santos (2020) aborda a dificuldade de aplicar os princípios tradicionais da Psicanálise, como associação livre e atenção flutuante, em um cenário atravessado por diversos fatores (ruídos, manipulação do corpo do paciente pela equipe, aplicação de medicamentos). Simonetti (2013), reforça que o *setting* hospitalar não precisa ser ideal do ponto de vista físico para que aconteça a escuta, o que precisa é apenas “um sujeito que queira falar e um psicólogo que saiba escutar” (p. 156). Para além do ambiente desafiador, Santos (2020) relata ainda outro desafio em sua experiência, a necessidade de criar formas de dar voz a pacientes privados de fala, como o caso de traqueostomizados ou até mesmo em coma.

Aprendi a ouvir sem ter o som, a fazer leitura labial, facial e corporal. Percebi o olhar como uma importante fonte de comunicação do sofrimento e da angústia. Por vezes o paciente conseguia apenas piscar, em outras, nem isso ele conseguia. Mas o corpo anunciava que um sujeito estava ali, seja por meio de reflexos inconscientes. A vida era manifestada da forma possível diante das circunstâncias. (Santos, 2020, p. 13-14)

A clínica com esses pacientes nos mostra que o silêncio não implica a ausência de um sujeito. Santos (2020) ainda cita que conseguiu melhorar a comunicação de um paciente com o uso de uma prancheta que continha imagens sobre sentimentos e necessidades básicas, auxiliando na expressão do paciente e sustentando a transferência sem o uso da linguagem verbal. Além disso, destaca a importância da análise pessoal para lidar com suas emoções diante do contexto hospitalar desafiador e dos pacientes atendidos, onde, por vezes precisou lidar com as intensidades de uma contratransferência radical, ligada ao desamparo de não encontrar meios de sair de si e endereçar ao Outro.

Esse processo demanda do psicólogo mais do que criatividade clínica, mas também sustentação ética e afetiva. Levy (2021) ilustra no caso do paciente Danilo, com sua vivência da intubação, onde mesmo sem a possibilidade de fala no momento vivido, deixou marcas psíquicas significativas. Embora o autor atenda o paciente após a alta do hospital, Danilo relatou esse período e o apelidou de “*vida paralela*” (sic), revelando que há uma urgência subjetiva e o potencial traumático do período de intubação em uma UTI, mesmo quando o corpo se encontra silenciado pela técnica médica.

Balestrin e Moschen (2019) ao mostrarem o caso de Fresta, um paciente tetraplégico, apontaram a relevância e a possibilidade de sustentar uma prática clínica pautada na escuta psicanalítica, mesmo em casos com limitações na fala e imobilidade grave. A transferência aparece fortemente quando o sujeito inclui a analista em seu desejo de seguir vivendo, dizendo “*vamos continuar sonhando*” (sic), mesmo diante das limitações corporais impostas pela tetraplegia, evidenciando a importância desta para o processo analítico. O caso mostra como a escuta psicanalítica permitiu ao paciente manter-se vivo subjetivamente, como sujeito desejante, e retomar projetos de vida, como voltar a estudar, revelando o potencial da clínica mesmo diante de um corpo imobilizado.

Simonetti (2013) aponta que, diante de pacientes privados de fala, o psicólogo hospitalar precisa recriar sua escuta, utilizando a linguagem não verbal, como gestos, toques e presença afetiva, visando acolher e estabelecer vínculos. Mesmo em estados de inconsciência ou coma, a escuta se mantém possível, considerando que existe subjetividade mesmo no silêncio. Segundo Raquel Trevisi (2025), que compartilhou sua experiência em um vídeo publicado em seu perfil no Instagram, mesmo sem conseguir falar ou se mover durante a internação hospitalar, sentia-se acolhida quando alguém segurava sua mão e se dirigia a ela, ainda que sem saber se estava ouvindo.

Nesse sentido, a Psicanálise constitui-se como um campo de intervenção terapêutica que não depende exclusivamente da linguagem verbal, embora essa seja uma experiência desafiadora. Peralva (2008) aborda que o confronto direto do sujeito com a finitude da vida, frequente e intenso no ambiente hospitalar, abre espaço para que o sofrimento encontre representação, desde que exista um outro capaz de sustentar eticamente esse discurso. A Psicanálise, ao se mostrar diferente do discurso biomédico, oferece um espaço onde é possível falar sobre o insuportável, aquilo que fragiliza e muitas vezes rompe o simbólico. No relato clínico de um paciente traqueostomizado, Peralva narra que após o procedimento além de não poder falar o sujeito já não queria mais falar. Ainda assim, a autora manteve presença constante no leito, emprestando palavras, lembrando sua história, dando notícias da família e explicando procedimentos clínicos. Visto isso, podemos notar a importância de buscar vias alternativas para a palavra, estar sensivelmente presente, manejar a transferência e a contratransferência, escutando os não ditos da comunicação interrompida. Supor um sujeito desejante lá onde se impõe a imagem

de um corpo muitas vezes “amordaçado” pelas intervenções médicas e pelo próprio discurso biomédico, é condição fundamental para oferecer lugar ao sujeito que segue existindo, mesmo que se equilibrando de modo frágil numa corda bamba sobre o buraco sem fundo do Real.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como principal objetivo, analisar com um enfoque psicanalítico os *desafios* e as *possibilidades* que a Psicologia Hospitalar encontra no atendimento de pacientes privados de fala, considerando as limitações da comunicação verbal e os recursos terapêuticos alternativos.

O relato da experiência com pacientes privados de fala, vivido em estágio profissionalizante de Psicologia, especialmente com pacientes traqueostomizados, foi o ponto inicial para refletir sobre os desafios e possibilidades da escuta psicanalítica em condições pouco usuais. O cenário de internação em UTI, com todas suas interferências biomédicas, físicas e emocionais, exige do psicólogo hospitalar uma postura ética, elástica e criativa.

Entre os desafios da atuação da Psicanálise nesse contexto, destacam-se a impossibilidade de comunicação verbal direta, a força dos impactos contratransferenciais, os períodos de confusão mental, o impacto das intervenções biomédicas e a resistência, por parte do paciente ou da família, ao enfrentamento do sofrimento psíquico que implica ter que ver-se tão escancaradamente com o desamparo e a ameaça da finitude. Tais fatores demandam do profissional ofertar margem à fala, dar valor ao não dito, à gesticulação, ao olhar, ao corpo que demonstra presença e, com isso, oferecer contornos delicados, bordas àquilo que ameaça como buraco sem fundo, risco de queda no nada, no vazio, na morte.

A ausência da fala não implica ausência de subjetividade. Pelo contrário, conforme apontam Simonetti (2013) e Peralva (2008), é justamente nesse vazio que a escuta psicanalítica se faz necessária, a fim de que o sujeito encontre meios de se expressar. O caso clínico referido demonstrou que, mesmo diante da recusa em utilizar recursos como pranchas de comunicação alternativa, foi possível construir um espaço clínico sustentado pela presença, pela escuta e pela oferta de palavras emprestadas pela acadêmica, até que o próprio paciente pudesse retomá-las como

suas e transformá-las. Tal postura exige não apenas técnica, mas também disponibilidade ética, afetiva e sensibilidade estética.

Outro ponto central para a discussão foi o manejo da transferência e da contratransferência, aspectos fundamentais da clínica psicanalítica. A frustração inicial do profissional diante da dificuldade de escuta e compreender o paciente pode resultar em sentimento de impotência, abandono ou inadequação. No entanto, quando reconhecida e trabalhada, a contratransferência pode se tornar uma ferramenta importante de escuta e compreensão das vivências do paciente, como já defendido por autores como Heimann (1950) e Winnicott (1947). Nesse sentido, a supervisão e a análise pessoal mostram-se indispensáveis para que o psicólogo suporte o impacto emocional deste tipo de trabalho e possa transformá-lo em recurso clínico.

A noção de elasticidade da técnica, proposta por Sándor Ferenczi (1928), com destaque para o valor do tato e da empatia, oriundos das experiências de Ferenczi com pacientes não-neuróticos (com prejuízos da função simbolizante) demonstrou-se particularmente pertinente nesse cenário. Em situações limite, como a internação hospitalar, é imprescindível que o enquadre clínico se adapte à realidade do paciente, sem perder de vista os princípios éticos e técnicos que sustentam a escuta psicanalítica. Isso implica acolher o que o paciente pode comunicar, mesmo que não seja por meio da linguagem verbal, reconhecendo o corpo inteiro como espaço de inscrição do sofrimento e de manifestação do desejo.

Entre as possibilidades clínicas, destacam-se o uso de recursos alternativos de comunicação, como pranchas com imagens e palavras, escrita manual, leitura labial e sinais corporais, desde que respeitem o desejo e as condições do paciente. Além disso, a escuta da família emerge como instrumento clínico valioso, tanto para compreender o contexto subjetivo do paciente quanto para sustentar intervenções mais integradas ao cuidado. A experiência relatada evidenciou ainda a importância de permitir que o paciente fale do insuportável, aquilo que, muitas vezes, nem a equipe nem a família estão em condições de escutar.

Frente a isso, considera-se que a escuta psicanalítica em ambiente hospitalar não se restringe à fala verbalizada, mas amplia-se para incluir os vários modos de expressão do sujeito. A ausência de fala não deve ser interpretada como impedimento para o trabalho clínico, mas, isso sim, como um convite a escutar o que escapa à linguagem convencional e buscar novos meios para dar voz ao sujeito que

segue pulsando num corpo silenciado. Essa escuta, ainda que silenciosa, pode se constituir como ato terapêutico potente, capaz de sustentar o desejo e reconfigurar o laço com a vida.

Em síntese, reafirma-se que a escuta psicanalítica, mesmo em situações extremas como a atuação no hospital com pacientes privados de fala, continua sendo um campo possível e necessário de intervenção. O psicólogo, ao reconhecer a subjetividade em meio ao sofrimento silencioso, contribui para a humanização do cuidado e para a produção de sentido em situações que frequentemente se aproximam do indizível.

Com base nessa experiência e nas contribuições teóricas que a sustentaram, acredita-se que o campo da Psicologia Hospitalar, particularmente quando sustentado pelo viés psicanalítico, ainda carece de mais estudos e sistematizações sobre práticas clínicas com pacientes privados de fala. Há um vasto território de pesquisa que pode ser explorado: efeitos psíquicos da perda da fala durante internação hospitalar, a eficácia da escuta psicanalítica mediada por recursos alternativos, a escuta de pacientes em coma, e a formação do psicólogo hospitalar para lidar com a clínica do silêncio.

Por fim, este relato de experiência evidenciou que, embora o cenário hospitalar imponha restrições técnicas ao trabalho do psicólogo, é justamente nesses contextos extremos que a Psicanálise pode reafirmar sua potência: sustentar a escuta do sujeito em sua singularidade, reinventar o dispositivo clínico e reafirmar a aposta no desejo, mesmo quando este parece silenciado pela ausência de vocalizações. A subjetividade resiste, mesmo sem palavras, e cabe ao psicólogo estar suficientemente presente, atento e ético para reconhecê-la, acolhê-la e dar contornos à sua (re)existência.

REFERÊNCIAS

BALESTRIN, Patrícia Rosa; MOSCHEN, Simone Zanon. O laço social e o sujeito paralisado pela tetraplegia. **Cadernos de Psicanálise | CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 40, p. 203–223, 7 ago. 2019. Disponível em: https://www.cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/146. Acesso em: 20 mai. 2025.

BARRETO, Jaqueline; SIMONETTI, Alfredo. **Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois**. Belo Horizonte: Artesã, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>. Acesso em: 5 mai. 2025.

COPPUS, Alinne Nogueira Silva; NETTO, Marcus Vinícius Rezende Fagundes. A inserção do psicanalista em uma unidade de tratamento intensivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, n. 1, p. 88-100, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000322012>. Acesso em: 5 mai. 2025.

DE SOUSA, Angélica Silva; DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago; ALVES, Laís Hilário. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, 2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2336>. Acesso em: 8 mai. 2025.

FERENCZI, Sándor. Elasticidade da técnica psicanalítica. **Obras completas Sándor Ferenczi**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. v. 4, p. 25–36.

FERENCZI, Sándor. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. **Escritos psicanalíticos**. Rio de Janeiro: Imago, 2011. p. 123–142.

FREUD, Sigmund. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 11, p. 139–146.

FREUD, Sigmund; BREUER, Josef. **Estudos sobre a histeria**. Tradução de Laura Barreto. Revisão de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos** (1914-1916). Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v 12.

HEIMANN, Paula. Sobre a contratransferência. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 31, p. 81–84, 1950. Tradução de Maria Fernanda Marques Soares, 1990.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 7: A ética da psicanálise** (1959 - 1960). Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1964.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud** (1953-1954). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão brasileira de Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 11: Quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 1964. Tradução de Adauto Novaes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LEMOES, Gabriela Xavier de; WIESE, Íria Raquel Borges. Saúde mental e atuação de psicólogos hospitalares brasileiros na pandemia da Covid-19. **Psicologia: Ciência e**

Profissão, v. 43, p. 1–15, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003250675>. Acesso em: 5 mai. 2025.

LEVY, Elizabeth Samuel. Uma vida paralela na UTI: a escuta psicanalítica do paciente pós-Covid-19. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, v. 56, p. 1-15, jul./dez. 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372021000200006. Acesso em: 20 mai. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. O que pode um analista no hospital?. **O que pode um analista no hospital?**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60–77, 2021. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-26792021000500060. Acesso em: 10 mai. 2025.

NETTO, Marcos Vínicius Rezende Fagundes. O Analista na Unidade de Tratamento Intensivo: Um Retorno a Freud. **Psicanálise & Barroco em Revista**, v. 7, n. 2, 2009. Disponível em: <https://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/8797/7492>. Acesso em: 27 mai. 2025.

PERALVA, Elisa Lima Mayerhoffer. O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida. **Revista Práxis e Formação**, UFRJ, Rio de Janeiro, p. 65-72, 2008. Disponível em: <http://www.praxisformacao.uerj.br/revistaXI/artigos/a0607ar11.html>. Acesso em: 12 mai. 2025.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 318-325, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>. Acesso em: 15 mai. 2025.

SANTOS, Aparecida Yanca Pereira dos. **A prática psicológica na UTI com o paciente em estado crítico: relato de experiência**. 2020. Trabalho de conclusão de Residência (Programa de Residência em Área de Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/28858>. Acesso em: 09 jun. 2025.

SILVA, Miriam Carvalho da; CARDOSO, Priscila dos Santos Pereira. A importância da fala sobre a morte para pacientes oncológicos em fase terminal à luz da psicanálise. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 24–34, 2020. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/251>. Acesso em: 20 mai. 2025.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

TREVISI, Raquel (@raquelrevisi). [Vídeo curto sobre importância do cuidado humano durante internação hospitalar]. Instagram, *reels*, 21 de abril de 2025. Disponível em: <https://www.instagram.com/reel/DluapopyE0m/?igsh=MWM2bmRqa2dvanBiNA==>. Acesso em 8 de maio de 2025.

WINNICOTT, D. W. O ódio na contratransferência. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Tradução de Thereza Cochar Magalhães. 6. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 323–33.