

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
CURSO DE BACHAREL EM PSICOLOGIA**

**REBECA OLIVEIRA DE SOUZA PEREIRA
VITÓRIA KITANA MAIA DE SOUZA**

**A FALTA E A SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

**MOSSORÓ
2024**

**REBECA OLIVEIRA DE SOUZA PEREIRA
VITÓRIA KITANA MAIA DE SOUZA**

**A FALTA E A SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Artigo Científico apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Profa. Esp. Franciara Maria da Silva Rodrigues

**MOSSORÓ
2024**

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

P436f Pereira, Rebeca Oliveira de Souza.

A falta e a subjetividade no contexto hospitalar: uma
revisão bibliográfica. / Rebeca Oliveira de Souza Pereira;
Vitória Kitana Maia de Souza. – Mossoró, 2024.
25 f.:il.

Orientadora: Profa. Esp. Franciara Maria da Silva
Rodrigues. Artigo científico (Graduação em Psicologia) –
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Falta. 2. Hospitalar. 3. Subjetividade. 4. Psicanálise. 5.
Escuta. I. Souza, Vitória Kitana Maia de. II. Rodrigues,
Franciara Maria da Silva. III. Título.

CDU 159.9

**REBECA OLIVEIRA DE SOUZA PEREIRA
VITÓRIA KITANA MAIA DE SOUZA**

**A FALTA E A SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Artigo Científico apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Franciara M^a da Silva Rodrigues – Orientador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Profa. Esp. Marina Helena de Moraes Martins – Avaliador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Profa. Ma. Alana de Oliveira Lima – Avaliador(a)
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

A FALTA E A SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

LACK AND SUBJECTIVITY IN THE HOSPITAL CONTEXT: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

**REBECA OLIVEIRA DE SOUZA PEREIRA
VITÓRIA KITANA MAIA DE SOUZA**

RESUMO

O processo de hospitalização paralelo ao de adoecimento provoca uma desestabilização emocional no sujeito, que se mostra frágil para si e para o Outro, essa incompletude vulnerável revela a falta e seus indícios apresentados pelo paciente em sua fala e ações no hospital. É através desse corpo que se mostra doente para além do físico e biológico que a psicanálise pode intervir, possibilitando escuta e a vivência de um atendimento acolhedor. Baseado nisso, questiona-se a possibilidade de a psicanálise inserir-se no contexto hospitalar, mediante as vivências de falta e os atravessamentos na subjetividade do indivíduo durante sua estadia. O presente estudo tem como objetivo discutir, à luz da literatura, o conceito de falta na teoria psicanalítica e de que forma ele se apresenta nos pacientes, cuja subjetividade fora transpassada significativamente. A metodologia tratou-se de uma revisão integrativa, baseada em evidências e a partir da sintetização de pesquisas e estudos, que abordam a temática, publicadas anteriormente, no período de 2008 a 2023, escritas na língua portuguesa, incluindo descritores como “Psicanálise”, “Subjetividade”, “Hospitalar”, “Angústia” e “Falta”. A partir da seleção de artigos e da análise dos dados, de cunho qualitativo, os resultados foram dispostos em uma tabela para melhor compreensão e organização. Mediante a uma criteriosa leitura e análise dos trabalhos, visando resultados que sanem a pergunta problema deste estudo, foram elaborados dois tópicos de discussão. Portanto, reflete-se que o contexto hospitalar é um “terreno fértil” para que o sintoma, marcado pela falta e pela angústia, se apresente, possibilitando uma atuação da psicanálise.

PALAVRAS-CHAVE: falta; hospitalar; subjetividade; psicanálise; escuta.

ABSTRACT

The hospitalization process parallel to the illness causes emotional destabilization in the subject, who appears fragile for himself and for the Other. This vulnerable incompleteness reveals the lack and its signs presented by the patient in their speech and actions in the hospital. It is through this body that appears sick beyond the physical and biological that psychoanalysis can intervene, enabling listening and the experience of welcoming care. Based on this, the possibility of psychoanalysis being inserted in the hospital context is questioned, through the experiences of lack and the crossings in the individual's subjectivity during their stay. The present study aims to discuss, in the light of literature, the concept of lack in psychoanalytic theory and how it presents itself in patients, whose subjectivity has been significantly breached. The methodology was an integrative review, based on evidence and based on the synthesis of research and studies, which address the topic, published previously, in the period from 2008 to 2023, written in Portuguese, including descriptors such as

“Psychoanalysis”, “Subjectivity”, “Hospital”, “Anguish” and “Lack”. From the selection of articles and qualitative data analysis, the results were arranged in a table for better understanding and organization. Through a careful reading and analysis of the works, aiming for results that resolve the problem of this study, two discussion topics were created. Therefore, it is reflected that the hospital context is a “fertile ground” for the symptom, marked by lack and anguish, to present itself, enabling the performance of psychoanalysis.

KEYWORDS: lack; hospital; subjectivity; psychoanalysis; listening.

1 INTRODUÇÃO

A psicanálise surgiu no início do século passado, em Viena, sob a criação do neurologista austríaco Sigmund Freud, a partir do advento dos tratamentos psíquicos, que se mostravam insuficientes quando feitos a partir somente da medicina comum.¹ Ela nasce do desejo de conhecer e pensar os sofrimentos psíquicos sob outra ótica, que não a da razão como forma de explicação exclusiva do sofrimento psíquico subjetivo.² É na teoria freudiana que surgem as primeiras manifestações da existência de um inconsciente, que faz parte do aparelho psíquico do sujeito, contribuindo na construção de sua subjetividade.³

Grandes teóricos e pensadores da psicanálise, para além de Freud, construíram estudos e bases teóricas para a construção do que caberia à mente do analista, compreendendo o dever e a transformação dos estudos da psicanálise que vem de uma investigação, método de tratamento e produção a serviço da compreensão da psique, dos aspectos inconscientes da vida mental.⁴ Um desses pensadores foi o francês Jacques Lacan, que, durante sua trajetória, formulou conceitos como Objeto, Falta e sua relação com o sujeito.

Urgências subjetivas emergem de forma frequente em ambientes que vão para além da clínica psicanalítica, um destes ambientes é o hospital. Essas urgências são vistas pela psicanálise de forma distinta da biomedicina, visto que a posição do sujeito se desestabiliza em relação ao Outro, implicando ruptura e vivências angustiantes.⁵ A psicanálise se apresenta na forma de escuta e acolhimento através da angústia do paciente adoecido e da fala, na perspectiva de auxiliar e compreender o que é possível de elaboração para o sujeito.

O termo hospital vem de uma raiz latina (Hospitalis), que, segundo o Ministério da Saúde (1944), “vem de hospes – hospedes e hoje tem a mesma acepção de nosocomium, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como nosodochium quer dizer – receber os doentes”.⁶ Ainda segundo Almeida e Aires (2023), nesse ambiente, nos deparamos com indivíduos intensamente transpassados por angústia, diante de adoecimentos e processos de luto e violência, resultando em atravessamentos na subjetividade.⁵

Nos hospitais, o padecimento em si é visto como prioridade em detrimento do sujeito adoecido. O processo de hospitalização paralelo ao de adoecimento provoca uma desestabilização emocional no sujeito, que se mostra frágil para si e para o Outro, essa incompletude vulnerável revela a falta e seus indícios apresentados pelo paciente em sua fala e suas ações no hospital. É através desse corpo que se mostra doente para além do físico e

biológico que a psicanálise pode intervir, possibilitando escuta e a vivência de um atendimento acolhedor.⁷

Com o referencial psicanalítico, é possível entender diversas apresentações do sujeito, que está em tratamento e cuidado no hospital, atravessado com angústia, rupturas sofridas e mal-estar, que se retratam muitas vezes por meio da resistência ao tratamento, medo, descontrole, passagens ao ato e manifestações do inconsciente.⁸

A inserção da psicanálise no contexto hospitalar se mostra desafiadora, porém necessária, tendo em vista a diversidade de situações que ultrapassam o saber médico científico e requerem um olhar para o sujeito subjetivo. “Neste espaço, o sujeito acaba sendo excluído do cuidado, perde a voz e torna-se um corpo-objeto”.⁹ O psicanalista irá, então, oferecer essa atenção, espaço de fala e associação livre para o paciente.

Diante disso, a idealização da produção da pesquisa se deu através de uma inquietação das pesquisadoras acerca da temática escolhida, mediante o percurso acadêmico e as vivências subjetivas e coletivas em volta da psicanálise no hospital. Dessa forma, o seguinte trabalho justifica-se por destacar a importância advinda da psicanálise na possibilidade de elaboração e criação de um lugar possível para o sujeito se haver no hospital.

A partir disso, questiona-se: Poderia a psicanálise inserir-se no contexto hospitalar, mediante as vivências de falta e os atravessamentos na subjetividade do indivíduo durante sua estadia?

Baseado nisso, o objetivo do estudo é, discutir, à luz da literatura, o conceito de falta na teoria psicanalítica e de que forma ele se apresenta nos pacientes, em estadia hospitalar, cuja subjetividade fora transpassada significativamente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA DA PSICANÁLISE E SEUS MANEJOS DO SETTING HOSPITALAR

De acordo com Nascimento e Henriques (2015), a psicanálise foi se diferenciando cada vez mais da medicina, de forma que se originou um novo tipo de conhecimento, que perpassa por caminhos distintos aos da prática médica, sobretudo aquela que se tornou mercantilizada pela soberania do mercado capital.⁹

A psicanálise é definida por seu fundador como:

nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas

obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.¹⁰

O sujeito tem como uma forma de deslocar da consciência sentimentos angustiantes para o inconsciente, fazendo com que este recalque o sofrimento e/ou conflito, na convicção de que se manterá “distante” de um contato com a angústia que se mostra ameaçadora. A psicanálise pontua que, na verdade, “os retornos do inconsciente estão nas raízes dos maiores sofrimentos mentais e somáticos”.⁴ O que foi deslocado da consciência para o inconsciente, apresenta-se de forma ainda mais intensa e ativa, pois tornou-se consciente e terá a necessidade, ainda que de longo ou curto prazo, de se manifestar no indivíduo.

Para Freud, o acesso a esse inconsciente se dá através dos sonhos e seus relatos, bem como os chamados *atos falhos*, o sintoma e a fala pela associação livre.⁴ A associação livre é um dos principais fundamentos da teoria psicanalítica, que consiste na liberdade de expressão do paciente, que é encorajado a falar o que vem à mente. É através dessa fala que se pode chegar a algum lugar, é o que conhecemos como *cura pela fala*, ou “*talking cure*”.¹¹

No Brasil, as ideias freudianas começam a chegar a partir do século XX, sendo atravessadas pelas especificidades do contexto nacional e incorporadas por diferentes grupos. A chegada de psicanalistas reconhecidos pela *International Psychoanalytical Association* (IPA) é encarregada pela transmissão dessas ideias em solo brasileiro, acarretando a criação das primeiras sociedades de psicanálise no país. As ideias de Freud chegaram à medicina no Brasil principalmente a partir dos textos de intelectuais e médicos franceses. Grande parte dos médicos nacionais tinham fortes vínculos com a teoria freudiana, porém eram apenas ligados aos seus estudos teóricos, não adotando a psicanálise nas clínicas.¹²

Ainda segundo Torquato (2015), com a chegada da psicanálise no Brasil o pensamento da intelectualidade da época se dirigia ao seu ensejo de contribuição para os debates envolvendo questões em torno da construção do Estado nacional.¹² Para Figueiredo (2023), hoje, a prática psicanalítica, principalmente configurada em forma de análise, é um tratamento de alma pela alma, um encontro de almas e inconscientes que, através da fala, se dizem e se escutam, gerando transformações e transferência, conceito que retornaremos *a posteriori*.⁴

Freud, em seus estudos, vem a demonstrar o desejo de expansão da clínica da psicanálise, desde que esta mantenha os seus princípios, independente de novos rumos. Dessa forma, a difusão da psicanálise para além da clínica privada acarreta, por meio da articulação entre teoria, prática e pesquisa, condições possibilitadoras para um trabalho analítico no contexto hospitalar, na criação de um espaço de fala.¹³

2.2 AS URGÊNCIAS SUBJETIVAS E OS ATRAVESSAMENTOS DE UM INDIVÍDUO DURANTE AS ESTADIAS HOSPITALARES

As noções de sujeito e subjetividade formam o que se chama de campo psicanalítico, estruturado em aparelho psíquico e campo pulsional. O sujeito é aquele que se constitui na relação com o Outro, através da linguagem, e sua formação ocorre na relação sujeito-objeto.³ Acerca disso, Lacan (1964/1988, p. 196) nos fala sobre o “sujeito definido como efeito do significante”.¹⁴

Com bases teóricas a princípio em Freud e posteriormente na teoria de Lacan, a subjetividade, na visão psicanalítica, é compreendida como o próprio psiquismo, este constituído pelos sistemas pré-consciente, consciente e inconsciente. Lacan também dirá que há algo da subjetividade exterior ao psiquismo e à representação, na “segunda região” ou campo pulsional.³

Para Lacan, urgência é algo que não se pode adiar nem ter uma resposta determinada, ela pode surgir a partir da angústia que emerge do real no simbólico, configurando um encontro que podemos nomear traumático. A urgência subjetiva pode ser entendida como um dispositivo de acolhimento aos sujeitos em crise, um trabalho que busca restituir aos pacientes um lugar de sujeitos. A psicanálise permite ao sujeito a elaboração, através do recurso da fala, para alcançar os movedores do rompimento que o levou à crise. É propiciado um espaço de criação ao sujeito, no qual ele será convocado a conceber novas formas de sustentar o insuportável, que se apresenta na entrada ao hospital.¹⁵

O conceito de corpo e como ele é percebido nos ajuda na compreensão de que o corpo não é somente o corpo de cabeça, tronco e membros, como o observamos através da anatomia. O corpo é, também, lugar do consciente e do inconsciente, lugar que sustenta o que nos anima e o que nos angustia, onde também se situa o sofrimento e a subjetividade.¹⁶

Na pesquisa de Bianco et al. (2020) é introduzido um conceito de demasiada importância: o de saúde como *vida no silêncio dos órgãos*. Costumamos não perceber o nosso corpo, tão automatizado, quando estamos bem, ele nos é inconsciente de muitas formas, e geralmente damos notícia do nosso corpo somente quando algo não vai bem, através da dor.¹⁶ O sujeito de corpo adoecido é a imagem mais clara que se tem de uma hospitalização, e é nesse campo que surgem as possibilidades de atuação psicanalítica.

Segundo Cordeiro e Miranda (2020), a clínica psicanalítica e o trabalho desenvolvido anuem, a partir da fala, o construir de um caminho possível, específico e singular. Esse caminho pode ser formado por “pedras”, que podem simbolizar as dificuldades, mas que

também são necessárias para que se possibilite o chegar a algum lugar. Sendo assim, a enfermidade do corpo se torna uma dessas "pedras" no caminho, e por vezes, estão vinculadas a um impedimento à fala, sendo assim, tomados pela angústia.¹⁷ A partir desse lugar, o psicanalista desenvolve um trabalho.

2.3 A FALTA, A ANGÚSTIA E A TRANSFERÊNCIA NAS RELAÇÕES HOSPITALARES

O ser humano é marcado pela falta, a partir da perda de um objeto primordial, a mãe, devido a separação do corpo materno que habitava. Retornamos ao conceito de falta proposto por Lacan, que sinaliza que a angústia revela a falta constitutiva do sujeito, e surge quando “a falta pode faltar”. A falta vem a possibilitar a concepção de um saber sobre si e sobre o outro, e a angústia se relaciona a uma suposta completude do outro, provocada pelo cenário hipotético de que retornaremos ao “colo” materno. Na tentativa de completar o Outro, a falta é ameaçada e a angústia, como real da ausência de significações do sujeito, emerge.¹⁸

Conforme Calazans e Azevedo (2016), a angústia vai se expor dentro de contextos hospitalares, invadindo o sujeito que está adoecido, dentro do percurso da falta e tornando o uso do discurso, da fala, linguagem e da escuta, as principais vias de dar voz ao sujeito na urgência da angústia.⁸ Lacan (1962-1963/2005, p. 23 - 29) vai citar que a angústia faz-se um afeto diferente dos outros e se torna o que não vai enganar a partir do momento que é sentido.¹⁹

Lacan, acompanhado dos ensinamentos de Freud, diz que a angústia é conduzida e relacionada no momento em que o homem consegue visualizar seu confronto com a própria existência.¹⁷ Freud (1926/1929, p. 86), trabalhou a angústia como sendo distribuída por um perigo real ou frente às exigências pulsionais. A situação de perigo apresenta-se como uma repetição, e a angústia revela-se como reação ao trauma de um desamparo.²⁰

“O homem ergueu a civilização em uma tentativa de diminuir seu desamparo diante das forças da natureza, dos enigmas da vida e, sobretudo, da própria morte”.²¹ O desamparo vem a ser físico e psíquico, respectivamente externo e interno. Este, que é sinônimo de abandono, não auxílio e impotência, desperta a imprescindibilidade do outro, onde se forma a capacidade de desejar. Esse desamparo que também se apresenta no sujeito adoecido frente a doenças e às exigências imediatas da situação, é tomado pelo sentimento de vazio subjetivo, pois o que há de mais singular e autônomo vai sendo posto de lado aos poucos diante do modelo hospitalocêntrico.⁸

O conceito de "transferência" foi trabalhado e desenvolvido por Freud como um agente terapêutico. Essa transferência se apresenta como fenômenos de repetição de sentimentos anteriores, nela, o amor e ódio coexistem, são duas faces da mesma moeda. Na transferência das relações hospitalares, podem emergir dificuldades e obstáculos, sendo eles a resistência do tratamento e o seu fim. Um outro conceito é o de contratransferência, que se mostra como resultado dos sentimentos introduzidos no inconsciente do analista por influência do paciente.²²

A transferência na psicanálise, que também está sob o viés do amor, é construída “a partir dos significantes que são atribuídos à imagem do outro, na medida em que o sujeito passa a se relacionar com o outro”.²² Essa experiência proporciona ao sujeito sua singularização, sendo um processo de extrema importância na escuta psicanalítica e na vida. Sendo assim, é vital para que o tratamento psicanalítico aconteça e seja alcançado.¹¹

3 MATERIAL E MÉTODOS

A seguinte pesquisa tratou-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa. Souza, Silva e Carvalho (2010) dizem que esse método tem como objetivo sintetizar outras pesquisas, baseando-se em evidência, contribuindo para uma melhor compreensão sobre determinado assunto, sendo uma pesquisa muito benéfica e que traz ótimos resultados.²³ Conforme Rodrigues, Oliveira e Santos (2021), o estudo qualitativo é descritivo e subjetivo e através dele se obtém dados de diversos fenômenos de forma interpretativa, advinda de práticas sociais.²⁴

Para operacionalizar a pesquisa foram realizadas as seguintes etapas: I) identificação da temática e seleção da questão de pesquisa; II) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem; III) definição das informações extraídas dos estudos selecionados, categorizando-os; IV) avaliação dos estudos incluídos; V) interpretação dos resultados encontrados; VI) apresentação da revisão final/síntese do conhecimento.

A pesquisa foi realizada em bases de dados online, sendo elas: SciElo e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Quanto à população atendida neste estudo em questão foram os artigos científicos coletados durante o período da pesquisa. As amostras foram encontradas a partir das bases de dados online que geraram artigos e pesquisas. As palavras chave utilizadas nessa busca foram “Psicanálise”, “Subjetividade”, “Hospitalar”, “Angústia” e “Falta”.

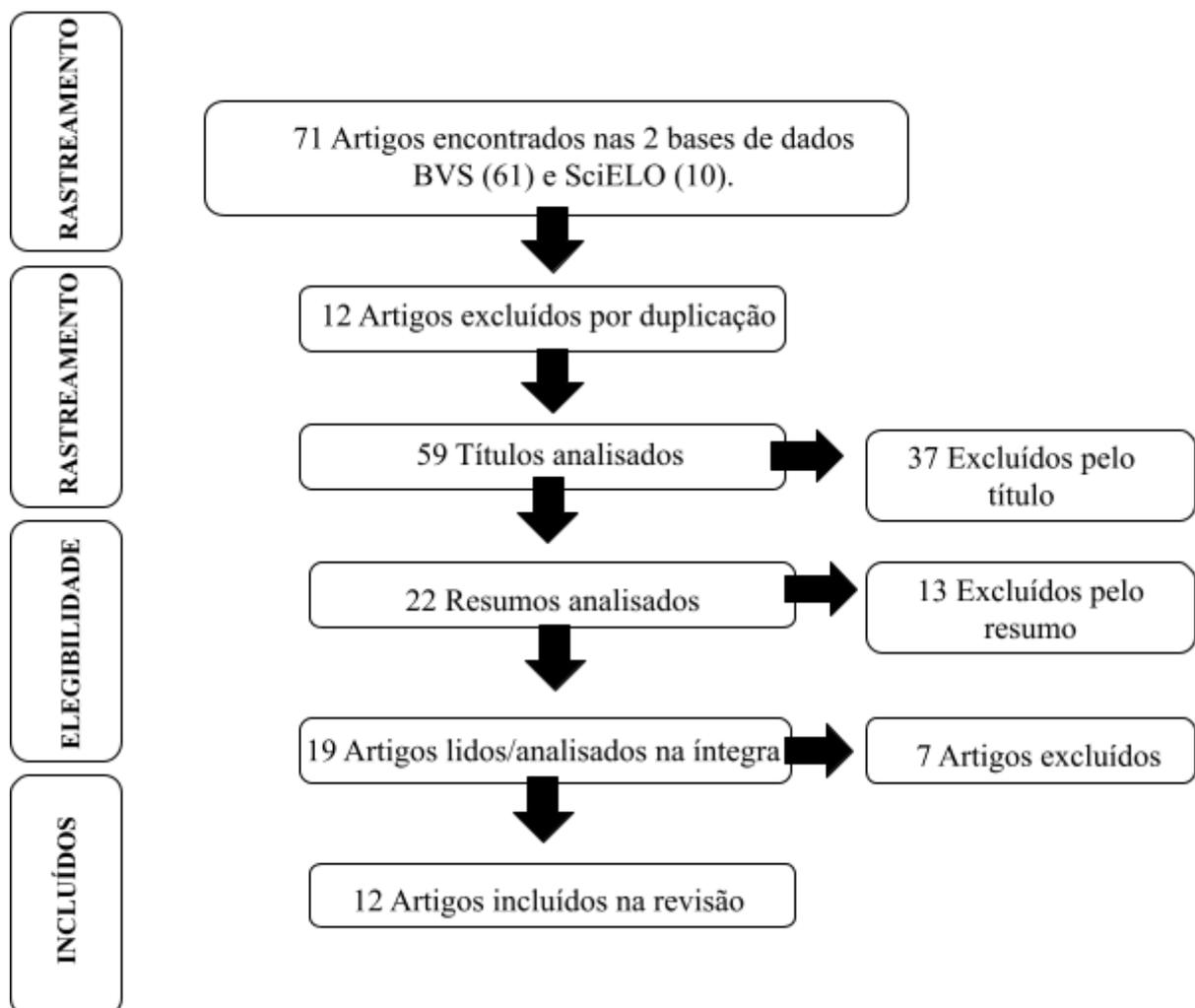
Em relação aos critérios de inclusão, foram ponderados artigos publicados nos últimos 16 anos, ou seja, no intervalo entre 2008 e 2023, escritos na língua portuguesa, que estejam na

íntegra e que envolvam ao menos uma das palavras chave. A exclusão se deu a partir de artigos duplicados, teses, monografias e comentários de artigos da análise, resultando em estudos que não se incluem em, pelo menos, dois dos critérios acima citados, como artigos incompletos e que não abordam o tema.

Foram três fases para a seleção dos artigos que compuseram a pesquisa, sendo a primeira a leitura dos títulos, a segunda a leitura dos resumos e a terceira a leitura na íntegra, para analisar e concluir o que foi interessante incluir no estudo.

A partir da seleção de artigos e da análise dos dados, de cunho qualitativo, os resultados foram dispostos em um fluxograma, conforme a figura 1, para melhor compreensão e organização. Para a pesquisa os dados foram subdivididos em categorias de acordo com a temática, em seguida foram analisados e discutidos segundo a literatura existente.

Figura 1 - Fluxograma da Busca de artigos e critérios de seleção



Fonte: As autoras, 2024.

Os custos que se apresentaram em decorrência da elaboração desta pesquisa foram de responsabilidade das pesquisadoras. Orientador(a), banca examinadora e preparação teórica através de aulas foram disponibilizadas pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizada uma busca geral a partir da escolha de determinados descritores em bases de dados on-line específicas para chegar à decisão de inclusão e exclusão de trabalhos no estudo. As combinações de descritores foram: psicanálise, hospitalar e subjetividade; psicanálise, angústia e falta; psicanálise, hospitalar e angústia. Essas palavras-chave foram inseridas nas bases de dados BVS e SciELO, o que nos resultaram um número de artigos que foram analisados, lidos na íntegra, excluídos e, por fim, escolhidos conforme a tabela 1.

Tabela 1 - Autores selecionados

REFERÊNCIA	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	RESULTADOS
GOMES et al., 2015.	O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?	Articular o corpo-doente, hospital na atualidade e a escuta psicanalítica a fim de contribuir com o fazer, o saber e o pensar psicanalíticos no hospital.	A escuta do sujeito do desejo revelou o adoecimento como sendo um enunciador da condição intrínseca do ser humano, da condição psíquica de incompletude e essencialmente faltante, campo frutífero à imersão do sujeito em condição de análise.
ALMEIDA et al., 2023.	A Clínica Psicanalítica das Urgências Subjetivas no Hospital Universitário: Construção de um Caso Clínico	Investigar as possibilidades para uma clínica das urgências subjetivas no contexto de um hospital universitário em Salvador, considerando as vivências em uma residência multiprofissional	Contribuições da escuta psicanalítica no tratamento das urgências e na atuação em equipe multiprofissional no contexto hospitalar. A subjetivação da urgência permitiu, no caso em questão, um tratamento pela palavra do que havia incidido diretamente no corpo como fenômeno.

COSTA et al., 2018.	O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito	Considerar os aspectos psíquicos do sofrimento do sujeito que chega ao estabelecimento hospitalar relatando ou apresentando tipos de lesão física no corpo. Essa perspectiva passa pela definição de clínica da urgência no campo da atenção à saúde hospitalar.	O psicanalista aposta e apreende a possibilidade de uma direção de tratamento não excludente ao sujeito do inconsciente. De maneira que, o sujeito, ao falar de sua história, daquilo que mais o angustia e o assusta, ao perceber a saúde abalada por um acidente, pode se reposicionar diante da “doença”.
PISETTA, 2008	Angústia e Demanda de Análise: Reflexões sobre a Psicanálise no Hospital	Refletir sobre a ocorrência da demanda de tratamento analítico dos pacientes que sofrem internação em hospitais e, a partir de experiência hospitalar guiada pela psicanálise lacaniana, discutir as relações entre os conceitos de demanda e angústia.	Percebemos que pode ocorrer um questionamento a respeito da responsabilidade na causação de seus males, por parte de um sujeito. Saliemos a angústia como mediadora desta mudança. O hospital não é somente o local do abrandamento dos males físicos, mas também pode comportar um olhar para a subjetividade.
GUARANÁ et al., 2021	A origem e o sintoma: dos tempos de Freud aos dias de hoje	Evidenciar que a função paterna é falha por estrutura, investigaremos o complexo de Édipo, fundador do mito de origem, lançando luz sobre o aspecto paradoxal da castração.	Pode-se afirmar que o modo como se dá a incidência da função paterna na vida do sujeito possui papel primordial na configuração da neurose obsessiva clássica, bem como das patologias contemporâneas.

BRANDT, 2021	Falta básica, angústia e resistência	Formular hipóteses, sustentadas em experiência clínica e campo teórico da psicanálise stricto sensu e psicanálise dos vínculos, que poderiam contribuir para a clínica de revisão dos vínculos.	Desse modo, a psicanálise, ao ampliar o seu olhar de modo a abranger o vínculo, aprofunda o escape às certezas, as possibilidades de encontros e desencontros de desejo e não-desejo ante um objeto que se apresenta e se esconde ou se nega como objeto.
TOREZAN et al., 2011.	O Sujeito da Psicanálise: Particularidades Contemporaneidade	Conceituar sujeito e subjetividade, de acordo com as teorias de Freud e Lacan, discutir algumas particularidades presentes nas formas de subjetivação, seus efeitos sobre a existência humana, o adoecimento e o convívio social na atualidade.	Na atualidade, temos o sujeito à mercê de um Outro pouco interditado, pouco marcado por uma falta simbólica e, portanto, imaginariamente passível de completude, o que torna o sujeito suscetível à objetualização.
SANTOS et al., 2012.	Precipitação angústia na estruturação do sujeito pelo significante	Elaboração conceitual à teoria da angústia de J. Lacan, através de uma discussão que concerne especialmente ao ponto de emergência (ou precipitação) da angústia na experiência do sujeito.	Evocando o corte do significante que constitui o corpo como pulsional e demarca o objeto, distingue-se a precipitação da angústia como momento lógico no qual a falta irreduzível da cadeia do significante torna-se o campo onde o sujeito pode emergir.

- SILVA et al., 2019. O fenômeno psicossomático na neurose obsessiva em ambulatório hospitalar: um estudo de caso
- Investigar as repercussões subjetivas de um paciente acometido por miastenia gravis (MG) em contexto de ambulatório hospitalar, orientado pela abordagem psicanalítica.
- O psicólogo hospitalar, orientado pela teoria psicanalítica, necessita intervir de modo que o sofrimento relatado não fique restrito à dimensão do corpo, e se faça presente pela via da fala, buscando trazer à tona a subjetividade que lhe é encoberta pelo discurso médico.
- CORDEIRO et al., 2020. A vida por um fio: A escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica
- Discutir os efeitos da escuta do sofrimento a partir do dispositivo da clínica psicanalítica num relato de um caso atendido em um serviço de saúde hospitalar.
- Conforme proposto por Lacan (1945/1998), para tratar do sujeito que está num momento de ruptura com o simbólico, a oferta de uma escuta clínica possibilita uma abertura no tempo para a palavra diante do mal-estar subjetivo despertado pelo encontro do real.
- ALEXANDRE, 2011. Mortes Simbólicas no Hospital: As Perdas Relacionadas ao Adoecimento
- Estudar o adoecimento enquanto morte simbólica, a partir de situações vivenciadas por pacientes internados no hospital e tendo por base o referencial teórico psicanalítico.
- Evidencia-se a importância do trabalho multiprofissional no hospital, considerando que o motivo principal pela internação do paciente acaba por desencadear vivências dolorosas. Há intersecção constante entre o quadro clínico orgânico e a experiência subjetiva do paciente.

PISETTA, 2009.	A falta da falta e o objeto da angústia	Discutir a especificidade do objeto da angústia, o conceito de objeto a dos conceitos de “estranho” e “familiar”, ao conceito da angústia, considerando-se a declaração lacaniana da proximidade do que é familiar na vivência deste conceito.	A falta promove um apoio ao sujeito, a possibilidade da alteridade, que torna possível a construção de um saber sobre si e sobre o outro. A angústia aponta para a tentação de que não haja falta no outro. A falta, pois, é a marca desta alteridade, e é quando esta se encontra ameaçada que a angústia dá o alarme.
----------------	---	--	---

Fonte: As autoras, 2024.

Mediante a uma criteriosa leitura e análise dos trabalhos dispostos na tabela anterior, visando resultados que sanem a pergunta problema deste estudo, foram elaborados dois tópicos, sendo eles intitulados: A escuta analítica para o sujeito da falta e da angústia no hospital e O processo de atuação da psicanálise quanto a subjetividade no contexto hospitalar.

4.1 A ESCUTA ANALÍTICA PARA O SUJEITO DA FALTA E DA ANGÚSTIA NO HOSPITAL

De acordo com Torezan (2011), a subjetividade tem seu funcionamento dividido em duas ordens, sendo fundamentalmente constituída pela sintaxe do inconsciente. Freud estabelece esse sujeito na psicanálise de sujeito do desejo, sendo ele marcado pela falta e a partir disso sendo movimentado por a falta do que falta. O mesmo sujeito é atravessado pela linguagem e pelo desejo de um outro. A falta que não se estabelece de maneira factual, marca o sujeito com angústia, alienação e apatia.²⁵

Autores como Pisetta (2009) e Santos (2012) discorrem sobre a sinalização da angústia e a demarcação da falta constitutiva. Tal angústia não vai sinalizar a falta, ela vem anunciar que o objeto está presente, tornando uma falta simbólica. E, de fato, quando trata-se do sintoma, é perceptível que ele está diretamente vinculado a essa angústia, mostrando uma falha no recalque, que não encobriu o que está causando dor no sujeito.^{26,27}

Visto que os autores conversam entre si sobre o conceito de falta na constituição da subjetividade, isto é observado no ser humano, inclusive nos sujeitos que estão a mercê do processo de hospitalização, cruzados pelo adoecimento e sinalizados com a angústia que se manifesta no corpo e na fala. A angústia assume um papel fundamental pois é ela que vai escancarar o que vem a faltar de forma profunda no sujeito.

Quanto a essa constituição do sujeito e de seu inconsciente, Guaraná (2021) vem destacar, também, o papel da função paterna, que é uma falha por estrutura, e como a sua origem, junto aos processos advindos do complexo de Édipo e da castração vão influenciar diretamente na formação dos seus sintomas, que são observados na clínica atual e no hospital.²⁸

Dessa forma, Gomes (2015) pontua que o sujeito hospitalizado e adoecido recusa a própria condição de padecimento, que torna-se invisível diante de seus olhos. Assim, o sujeito, que já se encontra fragmentado, não vai conseguir enxergar a si mesmo e vai se fragmentar ainda mais, contribuindo para o surgimento de um sofrimento, o qual o analista vai se propor a ouvir e a estar.²⁹

Pisetta (2008) nos diz que um dos motivos que movem um sujeito a entrar na análise é o desejo de desvencilhar-se de algum sintoma ou sofrimento, constantemente presente nos hospitais. Esse movimento não ocorre sem angústia e castração, a partir do momento em que o analista vai questionar a posição do sujeito na própria urgência subjetiva e fazer mudanças no seu discurso, transformando o sintoma em pergunta.³⁰

A pergunta referida é direcionada, primeiramente, ao analista, que retorna a pergunta ao sujeito, o único dono de si e de sua história, sendo ele capacitado a encontrar as suas respostas, bem como formular mais perguntas. É nesse processo que vai acontecer a análise e o percurso de um sofrimento antes visto como puramente biológico para algo subjetivo.

A urgência médica, segundo Costa (2018), se assemelha à urgência subjetiva na pressa do sujeito pela libertação dos sintomas. Diante da doença o sujeito se vê obrigado a confrontar a finitude do viver e a quebra de uma fantasia de vida eterna.³¹ Através do recurso da fala e da escuta psicanalítica, a dor e o sofrimento encontram caminho no trabalho subjetivo para se movimentarem de outra forma.

4.2 A ATUAÇÃO DA PSICANÁLISE QUANTO A SUBJETIVIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR

De acordo com Almeida (2023), a psicanálise vai permitir que o sujeito elabore sobre os efeitos que determinado acontecimento traumático causaram em sua subjetividade. Quando esse processo de elaboração tem um destinatário, no caso o psicanalista, a urgência, transformada em urgência subjetiva, será trabalhada através da fala e da escuta. Mesmo que esse trabalho chegue ao fim no contexto do hospital, seja por alta hospitalar ou outra razão, não significa que o indivíduo não possa continuar a movimentar essas questões subjetivas fora do hospital, em análise clínica.³²

Um cenário é criado por intermédio da escuta psicanalítica, possibilitando ao sujeito a simbolização de seu luto e perdas causadas pelo adoecimento, como nos diz Silva (2019)³³. O que urge no corpo biológico, segundo Cordeiro (2020), convoca o sujeito a partir do seu status de angústia e desamparo, que gera uma desorganização no tempo do indivíduo, deixando-o sem palavras para dar sentido à sua existência.³⁴

Essa elaboração se mostra necessária pois é na impossibilidade de conseguir transformar esse evento traumático em um sintoma que possa ser analisado que a angústia vai emergir e se manifestar no corpo, causando sofrimento.

Consoante ao presente estudo, Brandt (2021), vai dizer que, ao tornar o olhar da psicanálise mais abrangente em outros espaços além da clínica torna-se possível estabelecer, construir e aprofundar novas possibilidades de vínculos, com diversidade de encontros e desencontros, através de desejo e objeto.³⁵ É tornar possível a perspectiva de traçar outros caminhos, desde que reconhecendo a ética da psicanálise e do seu fazer.

Sendo assim, Alexandre (2011), finaliza pontuando que se trata de um trabalho guiado à subjetividade dos pacientes. É a partir desse fazer que se torna possível uma escuta, compreensão e valorização do que é expressado por ele, diante as circunstâncias da sua enfermidade. Através da linguagem, sendo esta não exclusivamente a palavra falada, é possível a elaboração e reorganização de um processo de luto, mortes simbólicas advindas também da doença.³⁶

Conclui-se que a escuta psicanalítica, quando presente nos ambientes hospitalares, torna o processo de padecimento mais humanizado, dando mais dignidade ao sujeito para conceber o significado das aflições, que mesmo compartilhadas por outros pacientes no mesmo local, é única de cada indivíduo. Por fim, a atuação aqui referenciada não se trata de uma cura, mas da possibilidade de um espaço de criação do sujeito que vai exteriorizar-se.

5 CONCLUSÃO

Reflete-se, a partir dos resultados analisados, que o contexto hospitalar é um “terreno fértil” para que o sintoma, marcado pela falta e pela angústia, se apresente, possibilitando uma atuação da psicanálise. Quando o indivíduo adentra o contexto hospitalar ele se encontra desorganizado em seu próprio tempo, irreconhecível a si mesmo e fracionado como sujeito diante do padecer: é uma pessoa que, de forma direta ou indireta, vai entrar em confronto quanto à finitude da vida, quebrando uma fantasia de eternidade e gerando uma sensação de desamparo.

A escuta analítica se torna uma possibilidade de acolhimento diante os diversos atravessamentos que podem ocorrer durante as estadias hospitalares, possibilitando ao sujeito uma elaboração sobre o seu evento traumático, muitas vezes o adoecer, que se torna sintoma e poderá ser alvo de análise e movimentação. Nesse processo de criação de cenário propiciado pelo psicanalista há uma transformação da urgência orgânica, gerada pelo discurso médico, em urgência subjetiva.

Isso quer dizer que a falta existe e faz parte da constituição de um sujeito que deseja, e é a partir da palavra, do sintoma, da angústia e da "falta da falta" que se produz uma abertura de escuta, tornando possível um trabalho e a transferência, que podem sofrer dificuldades, dentre elas está o tempo, o querer estar no processo de escuta analítica e as interrupções que podem surgir de acordo com a dinâmica do seu tratamento.

Dessa forma, conclui-se que a psicanálise é capaz de vingar em espaços que não sigam a estrutura da clínica e do divã, mostrando que, com base em estudos teóricos, revisões e o desejo se manifestar em outros espaços que também possuem sofrimentos significativos como o hospital e suas estadias, pode, e deve, ser reinventada.

Portanto, entende-se que é uma temática cuja discussão não se finaliza aqui. Lacan (1969) evidencia que “a psicanálise não se transmite como qualquer outro saber”.³⁷ Trata-se de um caminho a ser construído, assim, espera-se que o presente estudo possa alinhar-se à trajetória de outros trabalhos, já publicados e que ainda serão escritos, de forma a contribuir com a produção de conhecimento e a partilha de vivências na vida acadêmica.

REFERÊNCIAS

- 1 Marangoni VX. UNESP. **Freud e a criação da psicanálise: um estudo do período pré-psicanalítico**. repositorio.unesp.br, 01 out. 2023. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/63684da6-42d6-4d4c-abff-296190843c61/full>. Acesso em: 24 abr. 2024.
- 2 Silva JP, Silva CV, Pedroso JS. **Contribuições psicanalíticas na compreensão do cuidado em saúde mental no Brasil: revisão de literatura**. Act.Psi, José, San Pedro Montes de Oca,

v. 35, n. 130, p. 19-34, junho de 2021. Disponível em:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352021000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2024.

3 Torezan ZCF, Aguiar F. **O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade**. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 525-554, 2011.

Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 maio 2024.

4 Figueiredo LC. **A psicanálise: dos fundamentos ao futuro**. Cadernos de psicanálise, v. 45 n. 48, n. ja/ju 2023, p. 171-182, 2023. Disponível em:

https://www.cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/485/268. Acesso em: 15 abr. 2024.

5 Almeida DL, Aires SA. **Clínica Psicanalítica das Urgências Subjetivas no Hospital Universitário: Construção de um Caso Clínico**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 43, p. e253403, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403>. Acesso em: 16 abr. 2024.

6 Da Saúde SI. **Constituição Federal** (Artigos 196 a 200). Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf
Acesso em: 08 fev. 2024.

7 Gomes DR, Próchno CC. **O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?** Saúde e Sociedade, v. 24, n. 3, p. 780–791, jul. 2015. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134338>. Acesso em: 16 abri. 2024.

8 Calazans R, Azevedo EC. **"Não há tempo... A perder": questões sobre a atuação do Psicanalista no hospital geral**. Vínculo, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-64, jun. 2016.

Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 abri. 2024.

9 Nascimento BG, Henriques RN. **A Exclusão do Sujeito das Práticas Médicas em Contexto Hospitalar**. In Revista da SPAGESP, Vol. 16, N. 2. 2015, p.122. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200010 .
Acesso em 08 fev. 2024.

10 Freud S. (1925 – 1926). **Dois verbetes de enciclopédia** (1923). A teoria da libido. In: _____. Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18) p.1 Disponível em:

https://www.academia.edu/33858961/DOIS_VERBETES_DE_ENCICLOP%C3%89DIA_19_23_1922. Acesso em: 23 maio 2024.

11 Maesso MC. **A Estratégia da Transferência na Psicanálise como Contradispositivo**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 36, n. spe, p. e36nspe12, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe12>. Acesso em: 09 maio 2024.

12 Torquato LC. **História da psicanálise no Brasil: Enlaces entre o discurso freudiano e o projeto nacional**. Revista da Teoria da História, v. 14, n. 2, novembro de 2015. Disponível

em: <https://revistas.ufg.br/teoria/article/download/39248/19855/164131>. Acesso em: 15 abril 2024.

13 Machado MDV, Chaterlad DS. **A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades.** *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2013, v. 16, n. 1, pp. 135-150.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982013000100009>. ISSN 1809-4414. Acesso em 23 maio 2024.

14 Lacan J. **O seminário XI: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

15 Calazans R, Bastos A. **Urgência subjetiva e clínica psicanalítica.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2008, v. 11, n. 4, pp. 640-652. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000400010> >. ISSN 1984-0381. Acesso em: 23 maio 2024.

16 Bianco AC, Castro-Arantes J, Guedes MT, Waissman A. **Corpo e Finitude: Relato de uma Experiência em Hospital de Câncer.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, p. e213764, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003213764> Acesso em: 08 maio 2024.

17 Cordeiro SN, Miranda FS. **A vida por um fio: a escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica.** *ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM PSICOLOGIA*. Londrina, v.11, n.3supl, p. 132 - 145, dez. 2020. Disponível em <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/41054/28944>. Acesso em: 08 maio 2024.

18 Pisetta MA. **A falta da falta e o objeto da angústia.** *Estudos de Psicologia (Campinas)* [online]. 2009, v. 26, n., pp. 101-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100011>. ISSN 1982-0275. Acesso em: 24 maio 2024.

19 Lacan J. **O seminário X.** A angústia (1962-1963). Rio de Janeiro: J. Zahar, 2005.

20 Freud S. *Obras Completas*. Volume 17 - **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos** (1926 - 1929) Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7944475/mod_resource/content/1/FREUD_Inibicao%2C%20sintoma%2C%20angustia.pdf. Acesso em: 23 maio 2024.

21 Macêdo KB. **O desamparo do indivíduo na modernidade.** *Estudos Contemporâneos da Subjetividade (ECOS)*. 2012, v. 2, n.1, p.101. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/742/660>. Acesso em: 24 maio 2024.

22 Souza MM, Paula AP. **Transferência e Implicação Subjetiva: Reflexões Psicanalíticas a partir de uma pesquisa-ação.** *Organizações & Sociedade*. 2021, v. 28, n. 99, pp. 944-968. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-92302021v28n9909PT>. Acesso em: 23 maio 2024.

23 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. **Revisão Integrativa: O que é e como fazer.** *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102–106, jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134> . Acesso em: 24 maio 2024.

24 Rodrigues TF, Oliveira GS, Santos JA. **As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação.** *Revista Prima*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021. Disponível em:

<https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/download/49/41> Acesso em: 08 maio 2024.

25 Torezan ZF, Aguiar F. **O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade.** Rev Mal-Estar Subj. 2011;11(2):525–54. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200004 Acesso em: 28 ago. 2024.

26 Pisetta MAA de M. **A falta da falta e o objeto da angústia.** Estud psicol (Campinas). 2009 Jan. 26; (1):101–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100011> Acesso em: 28 Ago 2024.

27 Santos JLG dos, Costa-Moura F. **Precipitação da angústia na estruturação do sujeito pelo significante.** Arq Bras Psicol. 2012;64(2):64–75. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000200006 Acesso em: 12 set. 2014.

28 Guaraná BM, Moraes LF de, Vieira MA. **A origem e o sintoma: dos tempos de Freud aos dias de hoje.** Ágora (Rio J). 2021 Sep. 24(3):46–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-44142021003006> Acesso em: 02 set. 2014.

29 Gomes DRG, Próchno CCSC. **O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?.** Saude soc. 2015 Jul. 24(3):780–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134338> Acesso em: 04 out. 2024.

30 Pisetta MAM. **Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital.** Bol Psicol. 2008;58(129):171–83. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432008000200005 Acesso em: 22 set. 2024.

31 Costa MF, Costa-Rosa AD. **O Dispositivo Clínica da Urgência na Atenção Hospitalar: Sofrimento, Escuta e Sujeito.** Rev Subj. 2018;18(2):45. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692018000200005 Acesso em: 24 set. 2024.

32 Almeida DL de, Aires S. **A Clínica Psicanalítica das Urgências Subjetivas no Hospital Universitário: Construção de um Caso Clínico.** Psicol cienc prof. 2023;43:e253403. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003253403> Acesso em: 28 set. 2024.

33 Silva VHPL, Juhas TR. **O fenômeno psicossomático na neurose obsessiva em ambulatório hospitalar: um estudo de caso.** Gerais. 2019;12(2):356–70. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000200011&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 28 ago. 2024.

34 Cordeiro SN, Miranda F da S. **A vida por um fio: a escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica.** Estud Interdiscip Em Psicol. 2020;11(3supl):132. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072020000400009 Acesso em: 16 ago. 2024.

35 Brandt JA. **Falta básica, angústia e resistência.** Vínculo. 2021;18(3):2–13. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000300002 Acesso em: 28 ago. 2024.

36 Alexandra JR. **Mortes Simbólicas no Hospital: As Perdas Relacionadas ao Adoecimento.** Trabalho de conclusão de curso. Programa de Aprimoramento em Psicologia Hospitalar do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE - IAMSPE), São Paulo. 2011. 34f. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2011/ses-31160/ses-31160-2925.pdf> Acesso em: 04 out. 2024.

37 Jorge Z. **O seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise / Jacques Lacan.** Jorge Zahar Ed. Rio de Janeiro, p. 188, 1992. Disponível em: <https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Jacques-Lacan-O-seminario-Livro-17-O-avesso-da-psicanalise.pdf> . Acesso em: 13 nov. 2024.