



FACES – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

SUJEITO E A HOSPITALIZAÇÃO

RAPHAELLA PIZANI CASTOR PINHEIRO

BRASÍLIA
DEZEMBRO/2008.

Raphaella Pizani Castor Pinheiro

SUJEITO E A HOSPITALIZAÇÃO

Monografia de conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, na Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, sob orientação da professora Morgana Queiroz.

BRASÍLIA, DEZEMBRO/2008

FACES – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof. Morgana de Almeida Queiroz
(Orientadora)

Prof. Sandra Baccara
(Examinadora)

Prof. Marcos Abel
(Examinadora)

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA, DEZEMBRO/2008

Aos paciente que atendi, aos meus professores que me ensinaram a ver o individuo enquanto
sujeito, aos meus pais, Felipe, familiares e amigos.

Agradeço à Morgana por toda paciência, amor e dedicação, à minha mãe por me incentivar a cada momento, ao Felipe por me apoiar em minhas decisões, a Gláu pela amizade, a todos que me incentivaram, me apoiaram e foram amigos durante todo esse processo.

Sumário

Introdução	8
Sujeito e o Desejo	10
O processo de hospitalização.....	20
O sujeito e a hospitalização	25
Reflexões sobre uma experiência de estágio	30
Conclusão	34
Referências Bibliográficas.....	36

Resumo

A presente monografia constituiu-se em uma pesquisa bibliográfica sobre o sujeito e a hospitalização, que teve como objetivo central discutir a posição deste, enquanto um ser perpassado pela linguagem e pelo seu desejo diante da hospitalização. Para tanto, o primeiro capítulo consistiu em uma contextualização de qual sujeito o trabalho se refere. O sujeito estudado foi o sujeito segundo Lacan perpassado pela linguagem, constituído por seu desejo. No segundo capítulo foi discutido como ocorre o processo de adoecer, como a presença do ambiente e do processo hospitalar afetam a psicodinâmica de quem está internado. No terceiro capítulo, desenvolveu-se uma reflexão sobre a posição que o indivíduo ocupa neste contexto, enquanto sujeito, na qual é destacada a função da palavra e da fala para a emersão de seu desejo, proporcionando a elaboração do processo de hospitalização. E por fim, o quarto capítulo constituiu-se em uma reflexão sobre uma experiência de estágio, na qual, a partir dos atendimentos realizados pude notar o quanto o comparecimento ou não do sujeito, enquanto ser desejante, nesse processo, pode influenciar o modo como é vivenciado por cada paciente o processo de adoecer e de estar hospitalizado. Concluimos que o papel do psicólogo no contexto hospitalar torna-se referência, na promoção deste processo para o indivíduo em situações de hospitalização sem apagar seu desejo, construindo um espaço para o paciente enquanto sujeito.

Palavras chave: Subjetividade, hospitalização, o adoecer, o psicólogo no contexto hospitalar

O tema desta monografia aborda a questão do sujeito e a hospitalização. Para tanto, propomo-nos a refletir sobre o posicionamento do sujeito frente à hospitalização, ou seja, como o sujeito se posiciona frente ao adoecer, a hospitalização e seus desdobramentos. Neste contexto, através de uma experiência de estágio em hospital, percebi diferenças de como cada indivíduo lida com a doença, e como a visão que cada um tem sobre este processo pode modificar as conseqüências do adoecer de cada paciente. Assim, com o objetivo geral de discutir a formação do sujeito, enquanto um sujeito perpassado pela linguagem e pelo seu desejo diante do processo de hospitalização, foi feita uma revisão de literatura e reflexões sobre a experiência de estágio. Os objetivos específicos foram: (a) caracterizar o conceito de sujeito numa perspectiva lacaniana; (b) descrever o processo de hospitalização destacando como esse sujeito se posiciona diante deste processo; (c) contextualizar o sujeito estudado no contexto hospitalar e discutir o processo de hospitalização, seus desdobramentos, as fantasias que surgem em torno do processo de adoecer e como o sujeito pode aparecer no processo de hospitalização.

No processo de adoecimento, o indivíduo pode, por vezes, não se posicionar mais como sujeito e sim como o objeto de uma doença, de um processo, no qual não há nenhuma certeza, e ele sente-se desamparado. Assim, torna-se indispensável à preocupação do psicólogo com o indivíduo, promovendo um espaço para a elaboração: aceitar esse processo sem perder a sua identidade, seu lugar, seu desejo enquanto sujeito, possibilitando-o o acesso a palavra, contribuindo para a sua recuperação. Para isso, temos como justificativa deste trabalho a necessidade de entender como ocorre esse processo pelo qual o indivíduo hospitalizado passa e suas implicações.

Para tanto, iniciamos este trabalho contextualizado de qual sujeito será falado. Este é o sujeito lacaniano, o sujeito da linguagem, do desejo, que tem como estrutura de funcionamento psíquico três registros: o Real, o Simbólico e o Imaginário. A realidade

psíquica para o sujeito é constituída pelo entrelaçamento desses três registros que estruturam o funcionamento psíquico, a qual é constituída pela linguagem do Outro, pois ao longo do nosso processo denominamos nosso desejo, e essa denominação é feita através da linguagem do Outro. Assim, no decorrer do primeiro capítulo será discutido como se constitui o sujeito numa perspectiva Lacaniana, o processo de alienação, a formação do inconsciente, o sujeito barrado, enfim, como a linguagem e o desejo produzem o sujeito.

No segundo capítulo, apresentamos uma discussão teórica sobre como o processo de hospitalização pode mudar a vida de uma pessoa. e a enquadra em um sistema, com regras e normas, e a partir deste momento, quais são as implicações desta realidade na vida da pessoa proporcionadas por esse processo e principalmente pelo processo de adoecer. Abordamos ainda a reflexão de como este processo pode mudar o posicionamento do sujeito na sua relação com a doença e a hospitalização.

O terceiro capítulo destaca o posicionamento do sujeito como parte ativa e determinante para a evolução do processo de adoecimento e de hospitalização. Neste processo, além do orgânico, a doença ativa conflitos psíquicos, o que nos mostra que há um sujeito, com seu desejo, seus medos e fantasias. Assim, este capítulo ressalta a função do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar, com o objetivo de provocar o aparecimento do sujeito, a partir de sua demanda, a permitir que compareçam as suas questões enquanto um sujeito em processo de hospitalização.

Por fim, o quarto capítulo baseia-se nas reflexões suscitadas a partir de uma experiência de estágio, na qual descrevo a partir da minha escuta, os efeitos do posicionamento subjetivo de pessoas num contexto de hospitalização, refletindo sobre os mesmos, levando em consideração suas implicações.

Sujeito e o Desejo

Para entendermos o posicionamento do sujeito frente à hospitalização, precisamos definir de qual sujeito está se falando, e como ele se estrutura. O sujeito é o sujeito lacaniano, o sujeito da linguagem, do desejo, que tem como estrutura de funcionamento psíquico três registros: o Real, o Simbólico e o Imaginário (Chaves, 2001). Estes registros (real, simbólico e imaginário) são essenciais para que a estrutura do sujeito se sustente (Pacheco, 1996).

O campo do Real é o campo da coisa, daquilo que não é nomeável, daquilo que escapa à simbolização, a uma representação no campo do simbólico. O Real é o registro daquilo que é por si mesmo e escapa à subjetividade humana, escapa ao desejo de o ser humano ter domínio sobre si mesmo. É ele que domina completamente o ser, que é da ordem de não ser nada além de ser o que é, ou seja, de ser Real. As pulsões são exemplos simples e palpáveis dessa dimensão do Real. É o suporte para que o simbólico exista, para que tantas coisas sejam possíveis no campo das imagens e da linguagem (Chaves, 2001).

O simbólico é representado pelos sons, ruídos, palavras e conceitos que entram pelo ouvido da criança vão se constituir e estruturar como campo de linguagem. Letras, sílabas, palavras, fonemas, números, signos, entre outros, constituem-se em significantes que vão representar o sujeito que fala para outros significantes presentes na cadeia associativa, cujo efeito de significação só aparecerá em razão das ligações contingenciais entre uma palavra e outra (Chaves, 2001).

O Imaginário é feito de imagens, fantasias e fantasmas. Algum tempo após o nascimento, toda imagem de objeto ou coisa que é captada pelo bebê por meio do olhar será inscrita e registrada como imagem, formando o campo imaginário. O campo do imaginário vai se constituindo a partir da maneira como o sujeito vê o mundo à sua volta, a partir da imagem que tem de si mesmo, dos próprios sentimentos e de sua história. Estão presentes, ao

mesmo tempo, a projeção da imagem de si mesmo e a introjeção da imagem do outro como sendo a imagem de si mesmo (Chaves, 2001).

Assim, o Real é com o que o bebê nasce, são seus desejos, ainda não nomeadas. Com a inserção da linguagem, aparece o Simbólico, através do qual o bebê, a criança denomina suas pulsões, seus desejos através da linguagem do Outro e o Imaginário é a construção que há por parte da criança de acordo com a sua ordem, com o modo que ele vê a realidade, com base na imagem que ele constitui de si a partir do outro.

A realidade para o sujeito é constituída pelo entrelaçamento desses três registros que estruturam o funcionamento psíquico. Só podemos apreendê-lo como uma estrutura, onde cada parte faz laço com a outra e todos estão amarrados, inseparáveis (Chaves, 2001).

O sujeito é determinado pelo simbólico, por isso é barrado, dividido pelos significantes que o constituem, correspondendo ao sujeito que aparece nas formações do inconsciente. O lugar do sujeito é o lugar do corte, lacunar, evanescente, enquanto o eu é definido em termos do registro no imaginário. Surge, assim, uma unidade, uma organização, uma completude imaginária construída. O eu enquanto sujeito é, essencialmente, um posicionamento em relação ao outro (Fink, 1998; Pacheco, 1996).

Esse posicionamento em relação ao outro surge mesmo antes da criança nascer. Nascemos inseridos em um discurso que precede nosso nascimento e que continuará após a nossa morte. Muito antes de uma criança nascer um lugar já está preparado para ela no discurso dos pais. Este discurso, muitas vezes, já está formado antes da própria formação dos pais, sendo conferido por séculos de tradição: constitui o Outro da linguagem (Fink, 1998).

O Outro da linguagem se constitui através da formação da linguagem dos pais, do Outro da linguagem dos pais. A maioria das crianças é obrigada a aprender a língua falada pelos pais, o que significa dizer que, para tentar nomear seu desejo, elas são induzidas a ir além do estágio do choro e tentar dizer o que querem em palavras, isto é, de uma forma que

seja compreensível aos principais responsáveis por elas. No entanto, seu desejo é constituído naquele mesmo processo, já que as palavras que são obrigadas a usar não são suas, não correspondem necessariamente às suas demandas específicas: seus desejos são constituídos de acordo com a língua que aprendeu (Fink, 1998).

O Outro, como linguagem, é assimilado pela maioria das crianças à medida que tentam preencher o vácuo entre o desejo inarticulado (o real), que só se pode ser expresso no choro, e a articulação do desejo em termos socialmente compreensíveis ou aceitáveis (o simbólico). Nesse sentido, o Outro, de maneira desfavorável, transforma nossos desejos, mas ao mesmo tempo, é aquilo que nos capacita e permite revelar uns aos outros nossos desejos (Fink, 1998).

Através da linguagem do Outro, denominamos nossos desejos, não exatamente como eles são, e muitas vezes perdendo o seu sentido original, o que nos possibilita a comunicação desses “desejos” e a sua possível “realização”. De acordo com a teoria Lacaniana, todo ser que aprende a falar é dessa forma, um alienado – pois é a linguagem que, embora permita que o desejo se realize, dá um nó nesse lugar, pois ao mesmo tempo em que se deseja algo, a forma como é nomeado é “incompatível” com os desejos e, por conseqüência, não há o sentimento de satisfação mesmo quando alcança o que pensava desejar (Fink, 1998).

Antes de ascender ao plano simbólico, o desejo se expressa no plano do imaginário. Inicialmente, é por referência ao outro ou à imagem do outro que a criança vai construir seu esboço de ego. O desejo em seu estado de confusão original, só vai aprender a se reconhecer a partir do outro, isto é, a partir de desejos e ordens que a criança deverá reconhecer como pertencentes aos adultos. Os desejos da criança passam inicialmente pelo outro especular. É aí que são aprovados ou reprovados, aceitos ou recusados. A partir do primeiro momento no qual a criança formou o seu eu segundo a imagem do outro, ela vai, pelo ingresso na ordem simbólica, produzir uma transformação no objeto através da linguagem. O objeto é

desnaturalizado e adquire a função de signo; em seguida ele passa para o plano da linguagem e a partir de então a palavra passa a ser mais importante que o objeto (Garcia-Roza,1996).

A compreensão que uma pessoa tem de si mesmo pode ser tão ignorante, tão distante da realidade quanto às opiniões dos outros sobre ele, pois esse processo de transformação do objeto através da linguagem, acontece de forma inconsciente. Lacan (1958, citado em Garcia-Roza, 1996) declara que o *inconsciente é estruturado como uma linguagem*, referindo-se à linguagem como aquilo que constitui o inconsciente. De acordo com a leitura lacaniana de Freud, quando o recalque ocorre, uma palavra ou alguma parte de uma palavra, “cai em baixo”, metaforicamente falando. Nesse processo, a palavra ou alguma parte dela começa a exercer um novo papel, sem deixar de ser acessível e usual para o consciente, mas estabelece uma relação com outros elementos também recalcados, desenvolvendo um conjunto complexo de ligações com eles. Nesse sentido, os acontecimentos psíquicos são sempre determinados. O inconsciente possui uma ordem, ele é estruturado, e segundo Lacan, estruturado pela linguagem (Garcia-Roza,1996).

A linguagem, da forma como opera no nível inconsciente, obedece a um conjunto de regras que comandam a transformação e o deslizamento que existe dentro dela. O inconsciente nada mais é do que uma “cadeia” de significantes, que se “desdobra” de acordo com regras muito precisas sobre as quais o eu ou *self* não possui qualquer tipo de controle. O inconsciente concebido por Lacan, é em si Outro, estranho e inassimilável (Fink,1998).

Só há o inconsciente se houver o simbólico. É o recalçamento que produz o inconsciente e isso só ocorre por exigência do simbólico. O conceito de inconsciente designa uma função – a função simbólica – que o reduz a um conjunto de leis. É a aquisição da linguagem que permite acesso ao simbólico e a conseqüente clivagem da subjetividade. No entanto, a linguagem é instrumento do consciente e não do inconsciente, que é constituído sobretudo de representações imagéticas (inscrições da pulsão nos sistemas psíquicos), ficando

a linguagem, as representações de palavras e o afeto restritos ao campo pré-consciente – consciente. O inconsciente é constituído apenas por representações de coisas (Garcia-Roza, 1996).

Na medida em que o desejo habita a linguagem podemos dizer que o inconsciente está repleto de desejos estranhos. Há um desejo que você considera como “seu”, e outro com o qual se debate e que parece estar no controle, e algumas vezes o força a agir, mas você não sente ser inteiramente seu. As opiniões e desejos de outras pessoas fluem para dentro de nós através do discurso. O inconsciente está repleto da fala de outras pessoas, das conversas de outras pessoas, e dos objetivos, aspirações e fantasias das outras pessoas. O Outro é essa linguagem estranha que devemos aprender a falar: é o discurso e os desejos dos outros a nossa volta, na medida em que estes são internalizados (Fink, 1998).

O sujeito nunca é mais do que uma suposição da nossa parte. O sujeito lacaniano não é o indivíduo nem o que poderia chamar de sujeito consciente. O sujeito pensante consciente é aquele que denominado pela psicologia como ego ou eu, surge como uma cristalização ou sedimentação de imagens ideais, equivalente a um objeto fixo e alienado com o qual a criança aprende a identificar. Tais imagens são investidas, cristalizadas, e internalizadas pela criança porque seus pais atribuem muita importância a elas. Uma vez internalizadas, essas várias imagens fundem-se em uma imagem global imensa que a criança vem a considerar sua, o seu *self*. Essa auto-imagem pode ser incrementada ao longo da vida da criança, à medida que novas imagens são enxertadas sobre as velhas. Esse *self* é uma construção, um objeto mental, e embora Freud confira a ele o estatuto de uma instância (id, ego e superego), na versão da psicanálise lacaniana o eu claramente não é um agente ativo, sendo o inconsciente o agente que desperta interesse. Quando nos referimos ao eu ou *self*, estamos nos referindo, portanto, ao sujeito enunciado, que não é o sujeito lacaniano (Fink, 1998).

O pronome pessoal “eu” designa a pessoa que identifica o seu *self* com uma imagem ideal específica. Dessa maneira, o eu é aquilo que é representado pelo sujeito do enunciado. O sujeito enunciado é um elemento do código que se refere à mensagem; é o sujeito social, portador do discurso manifesto (sujeito às leis do processo secundário), porém desconhecedor do sujeito da enunciação e do conteúdo da mensagem. Assim, no ato da fala existe um tipo de “não dizer”, que permanece numa classe isolada, anunciando o sujeito da enunciação inconsciente. O sujeito da enunciação é, por sua vez, excêntrico em relação ao sujeito do enunciado, é expresso ou significado no enunciado mas recalcado no inconsciente. São dois sujeitos: aquele que enuncia a mensagem (sujeito enunciado) e aquele outro ligado aos elementos significantes do inconsciente (sujeito da enunciação), excêntrico em relação ao primeiro. Esse sujeito que aparece, através do “não dizer”, não é algo ou alguém que tenha algum tipo de existência permanente, só aparece quando uma ocasião favorável se apresenta. Ele subsiste ao longo da vida de um indivíduo (Fink, 1998; Garcia-Roza, 1996).

O sujeito do inconsciente manifesta-se no cotidiano como uma irrupção transitória de algo estranho ou extrínseco. Em termos temporais, o sujeito aparece como uma pulsação, um impulso ou interrupção ocasional que imediatamente se desvanece ou se apaga, expressando-se por meio do significante (Fink, 1998).

O sujeito é dividido entre o eu e o inconsciente, entre um sentido inevitavelmente falso de *self* e o funcionamento automático da linguagem (a cadeia significante) no inconsciente. Assim, o sujeito lacaniano não é senão essa própria divisão, que consiste inteiramente no fato de que duas “partes”, são separadas de forma radical. A clivagem (divisão) do Eu em eu (falso *self*) e inconsciente gera uma superfície de dois lados: um que é exposto e o outro escondido. Essa clivagem está além da estrutura. Embora aqui o sujeito não seja nada senão uma clivagem entre duas formas de alteridade – o eu como outro e o inconsciente como o discurso do Outro – a clivagem em si permanece além do Outro (Fink, 1998).

A separação envolve o confronto do sujeito alienado com o Outro, dessa vez não como linguagem, mas como desejo. A causa da presença física do sujeito no mundo foi um desejo por algo (prazer, vingança, satisfação, poder, imortalidade) por parte dos pais da criança. Estes motivos funcionam de uma forma muito direta, como a causa da presença física da criança no mundo. Esses motivos continuam a agir sobre a criança após o seu nascimento, sendo responsáveis, em grande parte, pelo seu advento enquanto um sujeito dentro da linguagem. Nesse sentido, o sujeito é causado pelo desejo do Outro (Fink, 1998).

Se a alienação consiste na causação do sujeito pelo desejo do outro que precedeu seu nascimento, por algum desejo que não partiu do sujeito, a separação consiste na tentativa de por parte do sujeito alienado de lidar com esse desejo do Outro na maneira como ele se manifesta no mundo do sujeito. Enquanto a criança tenta sondar o desejo do outro materno – que está em constante mudança, desejo entendido essencialmente como desejo por algo mais – ela é forçada a aceitar que não é o único interesse da mãe, seu mundo ou universo. O fracasso da criança em tentar complementar com perfeição a mãe leva à expulsão do sujeito da posição de desejar-ser e ao mesmo tempo fracassar-em-ser o único objeto de desejo do Outro (Fink, 1998).

A alienação não é um estado permanente; ao contrário, é um processo, uma operação que ocorre em determinados momentos. Podemos imaginar um conceito de alienação envolvendo um *ou/ou* (um *vel* como no latim) equivalendo a uma escolha exclusiva entre duas partes a ser decidida pela luta até a morte. As partes integrantes do *vel* da alienação são o sujeito e o Outro, atribuindo ao sujeito a posição de perdedor. Enquanto a alienação é o primeiro passo para ascender à subjetividade, esse passo envolve escolher “o próprio” desaparecimento (Fink, 1998).

O sujeito existe – na medida em que a palavra o moldou do nada, e é possível falar ou discutir sobre o sujeito – embora permaneça sem-ser. Antes da alienação não havia a menor

possibilidade de ser: “é o próprio sujeito que não está lá no começo”; posteriormente, seu ser é apenas potencial. A alienação da origem a uma possibilidade pura de ser, um lugar no qual espera-se encontrar um sujeito, mas que, no entanto, permanece vazio. A alienação engendra, de certa maneira, um lugar no qual está claro que não há, por enquanto, nenhum sujeito: um lugar em que algo está visivelmente faltando. O primeiro vislumbre do sujeito é justamente essa falta. Qualificar algo como vazio é usar uma metáfora espacial que implica que ele poderia estar completamente cheio, isto é, que ele tem algum tipo de existência acima ou além de ser cheio ou vazio. Para que algo esteja faltando, é necessário primeiro que ele tenha estado presente e localizado, ele deverá ter tido um lugar antes. E algo somente tem lugar dentro de um sistema ordenado, dentro de algum tipo de estrutura simbólica (Fink, 1998).

A alienação representa a instituição de ordem simbólica e a atribuição de um lugar a esse sujeito nessa ordem. Um lugar que ele não “detém” ainda, mas um lugar designado para ele. O sujeito está completamente submerso na linguagem, sendo seu único traço um marcador de lugar ou um sinal na ordem simbólica (Fink, 1998).

A alienação é essencialmente caracterizada por uma escolha “forçada” que descarta o ser para o sujeito, instituindo em seu lugar a ordem simbólica e relegando o sujeito a mera existência como um marcador de lugar dentro dessa ordem. A separação, por outro lado, dá origem ao ser, mas esse ser é eminentemente evanescente (desaparece) e evasivo (fuga) (Fink, 1998).

A separação implica uma situação na qual tanto o sujeito quanto o Outro são excluídos. Na separação começamos a partir do Outro barrado, isto é, um genitor que é por si mesmo dividido: que nem sempre está ciente (consciente) do que deseja (inconsciente) e cujo desejo é ambíguo, contraditório, e em fluxo constante. O sujeito ganhou através da alienação uma base dentro desse genitor dividido: o sujeito instalou sua falta a ser naquele “lugar” onde o Outro estava faltando. Na separação, o sujeito tenta preencher a falta do outro materno com

sua própria falta a ser. Neste sentido, seu *self* ou ser ainda não existe. O sujeito tenta desenterrar, explorar, alinhar e conjugar essas duas faltas, buscando os limites precisos da falta do outro afim de preenchê-la com seu *self* (Fink, 1998).

A falta e o desejo são co-extensivos para Lacan. A criança esforça-se de forma considerável para preencher toda a falta da mãe, seu espaço total de desejo; a criança deseja ser tudo para ela. O desejo da mãe é uma ordem, é a demanda dela. O desejo da criança nasce completamente subordinado ao desejo da mãe. Em outras palavras, seu desejo é estruturado exatamente como o do Outro. O homem aprende a desejar como um outro, como se ele fosse alguma outra pessoa (Fink, 1998).

O desejo do Outro começa a funcionar como a causa do desejo da criança. Essa causa é, por um lado, o desejo do Outro (baseado na falta) em relação ao sujeito – e aqui nos deparamos com o outro sentido da máxima de Lacan “o desejo do homem é que o Outro o deseje” (citado em Fink, 1998, p. 82). A criança gostaria de ser o único objeto de afeto da mãe, mas o desejo desta quase sempre vai além da criança: há algo sobre o desejo da mãe que escapa a criança, que está além do controle desta. Uma identidade estreita entre o desejo da criança e o da mãe não pode ser mantida; a independência do desejo da mãe do desejo da criança cria uma morte entre elas, uma lacuna na qual o desejo da mãe, incompreensível para a criança funciona de uma maneira singular. A separação postula que um corte é introduzido na unidade hipotética mãe-criança devido à própria natureza do desejo, e é esse corte que leva ao advento da do objeto *a*. O objeto *a* pode ser entendido como o resto produzido quando essa unidade hipotética se rompe, como um último indício daquela unidade (Fink, 1998).

Ao clivar-se desse resto, o sujeito dividido, embora excluído do Outro, pode sustentar a ilusão da totalidade ao apegar-se ao objeto *a*, o sujeito é capaz de ignorar sua divisão. Isso é o que Lacan classifica como fantasia. É na relação complexa do sujeito com o objeto *a* que o

sujeito obtém uma sensação fantasmática de completude, preenchimento, satisfação e bem-estar (Fink, 1998).

O sujeito expressa o desejo do outro no papel mais emocionante de si mesmo, esse prazer pode transformar-se em nojo e até em horror, não existindo nenhuma garantia de que aquilo que é mais emocionante para o sujeito seja também altamente prazeroso. Essa emoção relacionada a um sentimento consciente de prazer ou de dor, é denominada gozo. É chamado de gozo e é aquilo que o sujeito constrói para si em sua fantasia (Fink, 1998).

O sujeito enquanto um efeito, algo evanescente, constrói a fantasia para dar conta da realidade, articula o seu desejo transformando-o em um gozo, satisfazendo-o parcialmente, na tentativa de alcançar uma possível completude. É sobre o efeito do sujeito no processo de hospitalização que buscamos articular as idéias neste trabalho. O próximo capítulo trata de como a hospitalização age sobre o sujeito.

O Processo de Hospitalização

Após termos entendido de qual sujeito o estudo se refere, devemos saber em qual contexto se desenvolve. O contexto como o próprio título fala é o hospitalar. Mas como é constituído o ambiente hospitalar? O ambiente hospitalar é constituído pelo hospital enquanto instituição, que como tal tem regras e normas de funcionamento; pelo doente, que passa por um processo de adoecimento; e pelo processo de hospitalização. O objetivo deste capítulo é refletir sobre o processo de hospitalização, e sobre o efeito de sujeito neste contexto. Assim sendo, o que é o hospital?

O hospital é uma instituição concreta onde se tratam doentes, internados ou não. Quando nos referimos ao hospital, automaticamente, pensamos em algum tipo de doença já instalada, só sendo possível a intervenção secundária e terciária para prevenir seus efeitos adversos, sejam eles físicos, emocionais ou sociais (Castro & Bornholdt, 2004).

Segundo Foucault (1995), o hospital é um meio de intervenção sobre o doente, que tem por função assegurar o enquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os indivíduos serão colocados, com o objetivo de assumir os cuidados com pessoas doentes que não podem ser tratadas em suas próprias casas.

Segundo Campos (1995), a Organização Mundial de Saúde classifica o hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva ou curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda funcionando como centro de formação dos que trabalham no campo da saúde, no desenvolvimento de pesquisas biopsicossociais.

Assim, as funções do hospital, segundo Lima Gonçalves (1983, citado em Campos, 1995) poderiam ser agrupadas em: prestação de atendimento médico e complementar aos

doentes em regime de internação; desenvolvimento, sempre que possível, de atividades de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes, incluído aqui a educação em saúde, que abrange a divulgação dos conceitos de promoção, proteção e prevenção da saúde.

Saúde significa a completa e contínua adaptação do organismo ao ambiente em que vive. A habilidade funcional garante não só a sobrevivência que se destina a fazer frente a agressões e estímulos originários do meio, mas também alcançando seu bem-estar pessoal. Nos dias atuais, percebe-se cada vez mais como é tênue o limite entre o estado de saúde e o de doença (Romano, 1999).

A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido e, com este objetivo, existe uma série de medicamentos e profissionais de saúde para combater a doença. No entanto, parece que, muitas vezes, há um enfoque na doença, e um esquecimento do significado do adoecer. A medicina cuida da doença em si, do órgão prejudicado, separando, o corpo da mente, deixando de lado a história pessoal, familiar e social do sujeito (Campos, 1995).

Por vezes, estar doente significa estar em situação de fraqueza e dependência. A doença neste sentido pode representar sofrimento orgânico e psicológico. Quando hospitalizado, o indivíduo passa a viver em um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas, tendo que estabelecer novas relações com o ambiente hospitalar e lidar com a doença. Assim, o ambiente hospitalar é um contexto no qual confrontam-se de forma ambivalente e paradoxal sentimentos como vida e morte, cura e sofrimento, qualidade de vida plena e limitada, alegrias e tristezas (Dias, Baptista & Baptista, 2003).

Assim, ao ser hospitalizado, o paciente deixa de ter seu próprio nome e passa a ser um número, um leito, ou alguém portador de uma doença, de uma determinada patologia. O estigma de doente irá criar a necessidade de uma total reformulação de seus valores e

conceitos de homem, de mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas. O paciente deixa de ter significado próprio e passa a significar os diagnósticos sobre a sua patologia (Angerami-Camon, 2004).

O ato de “ser hospitalizado” é um acontecimento que necessita de uma adaptação às mudanças no seu dia-a-dia. O paciente tem contato com suas limitações, dependência e impotência. O adoecimento e a hospitalização provocam experiências emocionais intensas e complexas. A doença faz surgir um novo contexto, que exige a mobilização de recursos internos para a adaptação necessária à situação imposta pelo adoecer. Novas relações se estabelecem, e o médico, o hospital passam a fazer parte desse novo contexto (Lima,2004; Campos, 1995)

O processo de hospitalização é visto, portanto, entre outras coisas, como uma interrupção da produtividade do indivíduo. Esse processo é vivido, por vezes, como vergonhoso e limitante na medida em que o adoecer representa uma paralisação da sua vida normal e da sua família. (Albernaz, 2003).

A interrupção das rotinas cotidianas, do contato com o ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de administrar tratamentos ou meios de diagnóstico assustadores e dolorosos, a necessidade de fazer contato com muitas pessoas entre o pessoal técnico e auxiliar, e a impossibilidade de manter o controle sobre os acontecimentos, são condições que dificilmente podem ser administradas. A pessoa não fica alheia à percepção da gravidade da situação, diretamente, ou através das reações dos acompanhantes e do próprio pessoal hospitalar, nem à necessidade de se confrontar com processos físicos estranhos, difíceis de compreender, dolorosos, e potencialmente limitadores da atividade habitual (Barros, 1998).

A utilização que o médico faz de uma linguagem técnica própria da ciência médica cria uma barreira lingüística que impede que o paciente compreenda o que se passa com seu próprio corpo e que se estabeleça uma relação de cooperação entre ambos (Almeida, 2000).

Neste contexto, o adoecimento e a hospitalização ativam manifestações psíquicas regressivas. O ambiente hospitalar freqüentemente representa algo ameaçador e agressivo. Pessoas estranhas à convivência, equipamentos sofisticados, alarmes, máscaras, sondas e agulhas incrementam fantasias de ataque. Assim, estar dentro de um hospital, sinaliza a realidade da morte, inicia a incapacidade do cuidar-se de si mesmo, conduz a revisão de valores de vida, isola da família e de seu habitat, dói e amedronta (Lima,2004; Romano, 1999).

A hospitalização passa a ser determinante de muitas situações consideradas invasivas e abusivas na medida em que não respeitam os limites e imposições da pessoa hospitalizada. O hospital, o processo de hospitalização e o tratamento que visam o restabelecimento, não fazem parte dos projetos existenciais da maioria das pessoas. Nesse sentido, toda e qualquer invasão no espaço vital é aversivo que, além do caráter abusivo, apresenta ainda componentes de dor e desalento (Angerami-Camon, 2004).

Segundo Trinca (1987, Lima,2004), os procedimentos hospitalares podem ser sentidos como punição, ou ainda como ameaça de aniquilamento ou retaliação. Como resultado, angústias primitivas são evocadas e mecanismos defensivos primários intensificados (sono, choro, negativismo, desinteresse), ou, então, podem ocorrer diferentes alterações da adaptação psicológica global (seqüelas psicopatológicas).

Segundo Peterson, & Mori, (1988, citado em Barros, 1998), a maior preocupação relacionada a estas seqüelas relacionam-se com a perturbação comportamental, como o aumento da ansiedade. Neste sentido considera-se que a perturbação comportamental a curto prazo, quer se manifeste por ansiedade, agressividade, ou regressão, é em si própria

problemática, e também pode conduzir a problemas futuros em situações em que o paciente tenha de lidar com estressores médicos.

Assim, a Psicologia entra no contexto hospitalar para somar, pois entendemos que diante da urgência orgânica, surge também a urgência psíquica. Os médicos, enfermeiros, profissionais de saúde em geral, aprendem, em sua formação, normas e técnicas para lidar com os sintomas, curativos, cirurgias, etc. Mas, em muitos casos, não há uma reflexão sobre quem é aquele indivíduo, menos ainda sobre o sujeito. Isso acontece por uma questão de formação, onde não há o enfoque nesta reflexão até mesmo porque não é essa a prioridade desta equipe. Por isso a equipe de psicologia no contexto hospitalar vem ocupar um espaço específico que é o da possibilidade de escuta do sujeito, produzindo o efeito do sujeito no processo de hospitalizado.

O Sujeito e a Hospitalização

Neste terceiro capítulo, iremos falar do sujeito e seu desejo no contexto hospitalar, em como esse sujeito aparece e comparece, e os efeitos de seu comparecimento. Quando o paciente é hospitalizado, há algo de imediato que deve ser atendido, o que se torna emergente e urgente são suas necessidades biológicas e orgânicas. Mas, a doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando efeitos na psicodinâmica do indivíduo doente. Assim, a doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos tanto na vida do indivíduo quanto na vida dos que o cercam (Moura, Mohallem & Faria, 1994; Campos, 1995).

No hospital, psicólogos e psicanalistas se deparam com pessoas diante de acontecimentos inesperados em suas vidas, situações de perda - seja de pessoas queridas (morte), da condição de “sadio” (doença), da condição de “inteiro” (cirurgia). Estes acontecimentos se expressam no ambiente hospitalar através de rupturas e discontinuidades que levam a pessoa a questionar os seus significantes de referência, partindo do pressuposto de que o sujeito é efeito de significante. Por serem inesperadas, as situações relacionadas ao adoecer podem destruir o sujeito do seu “ancoradouro significativo”, de como ele se vê, de quem ele se denomina. Muitas vezes, nestas situações não saber exatamente quem ele é, os acontecimentos se tornam traumáticos e diante dessa incerteza, da falta de ancoradouro significativo, o sujeito se vê imerso na angústia (Moura, 2000).

A situação traumática é vista como aquela em que faltam dispositivos, em que o saber científico não responde, onde há a falta. A angústia parte do real e afeta o corpo. Para Freud (1990, citado em Carvalho, 2000, p. 80) “há uma dupla origem da angústia: uma como consequência direta do momento traumático e, a outra, como sinal da repetição de cada momento”. Consideramos o hospital como um lugar em que as certezas se perdem,

propiciando a invasão do Real. O paciente, como todo ser, já passou por situações de desamparo. Quando hospitalizado, há uma atualização, a repetição deste estado (Carvalho, 2000; Moura et. al., 1994). Assim, o paciente sente-se desamparado, o que pode mobilizar afetos primitivos inconscientes.

Em uma crise, a experiência traumática transforma a vida da pessoa, quebrando violentamente a sua naturalidade. No ambiente hospitalar, diante do adoecer, há uma mudança de hábitos, de ambiente, da rede social e afetiva da pessoa. É um momento onde a pessoa não tem escolha, a mudança já aconteceu (Mohallem & Souza, 2000).

A medicina trata o corpo doente dirigindo seus cuidados para os signos e sintomas do paciente, porém a dimensão do sujeito é eliminada. A psicologia no hospital vai articular a pressa exigida pela emergência, urgência da situação com o tempo do sujeito que precisará advir. O trabalho tem a função de promover o surgimento de uma demanda de acordo com o seu tempo. Ao se internar, o paciente perde suas referências pessoais, que tenta recuperar a qualquer custo. Essa tentativa é fundamental para que ele possa suportar a situação traumática de doença e a internação. O psicólogo, vai à medida que “escuta” e “pontua” a fala do paciente, acessar o nada da desarmonia, tornando o vazio possível, para que a fala possa, através deste processo, ter acesso a mais recursos para lidar com sua angústia, advinda do Real (Moura, 2000; Moura, et. al., 1994).

A psicologia hospitalar, sob uma orientação psicanalítica, opera sobre o sintoma pela palavra. Para o médico, o sintoma é um sinal da doença que precisa ser tratada. O sintoma para a psicanálise é aquilo que oculta o sujeito. Segundo Freud (1969) “um sintoma é um sinal, é um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado imóvel; é uma consequência do processo de repressão”. O simples aparecimento do sintoma não é suficiente para que surja a demanda de análise, mas quando há a quebra das certezas, quando o sujeito

sente-se desamparado, neste momento é que há a necessidade de poder buscar alguém, somente quando há essa falta, surge a demanda (Moura, et. al., 1994).

Na instituição hospitalar, espaço onde o desamparo humano pode aparecer das mais diversas maneiras, emergem reações diversas. O sujeito é lançado no estado inicial de desamparo, estado que pode se repetir em qualquer momento da vida. (Moura, 2000; Vicente, 2004).

Neste sentido, a ação específica do analista no contexto hospitalar e do psicólogo que trabalha com esta perspectiva não pode ser um ato qualquer. Para isso, ele conta com uma “escuta habilitada” capaz de causar. Ao falar, o sujeito pode se inserir no tempo da sua história, permitir seu desejo, relatar as suas angústias, medos e fantasias. O paciente vai além da sua doença, tem a sua história. Ao intervir através de ações diretivas, o psicólogo fará de modo que a palavra produza como efeito um sujeito. A ação do analista vai apontar para a posição da qual o sujeito emerge dos significantes onde se articulava, na qual há um espaço para a pessoa se colocar, dando o novo sentido ao vivenciado por ela naquele momento. (Moura, 2000; Moura et. al., 1994).

Assim, a ação do analista, na medida em que toca o ponto da estrutura é capaz de permitir que o sujeito recupere sua história, seu significante, quem ele é; ele é capaz de ouvir a cadeia significante onde naquele momento o sujeito se articula; capaz de ouvir onde o sujeito se articula no nomeável e no inomeável. A clínica no contexto hospitalar é a clínica das pessoas, que no momento do desespero, não falam, e se falam, não articulam a fala ao dizer. Assim, o significante não se articula no dizer, marcando uma ruptura na cadeia de significados do sujeito, ruptura que tem como consequência a destituição selvagem do sujeito, passando este à posição de objeto, sem desejo. Neste sentido, as referências simbólicas não o sustentam (Moura, 2000).

Freud em “Luto e Melancolia” (1980, citado em Moura, 2000) afirma que na melancolia a pessoa pode saber quem perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse alguém. O que se perde é o que se é para alguém, o significante. Trata-se de uma perda subjetiva, trata de uma perda das referências simbólicas para o Outro.

Sob a vertente do tempo lógico, o psicólogo hospitalar vai privilegiar o tempo de compreender como ocorreram estas perdas. O sujeito diante da verdade escancarada, do ver-concluir insuportável, instaura o tempo que não é de palavras e requer uma tática específica. E para esta o analista conta com o ato e sua lógica. Neste processo, o psicólogo vai tentar transformar o caminho da passagem ao ato usando os recursos possíveis, para dar lugar ao tempo de compreender (Moura, 2000).

O sujeito sofre, mas o fato de falar ao analista faz com que ele tome uma distância em relação ao seu sofrimento. Quando fala, o sujeito renuncia à coisa e sua satisfação passa à linguagem, constituindo-se então em objeto, a própria a ação. O escutar por si só pode ser terapêutico, proporcionando uma certa contenção, evidenciando que a pessoa não está sozinha na sua dor, e que ela tem um lugar no desejo de um Outro. Não se trata apenas de escutar, mas de levar a fala a se escutar. À medida que o paciente fala, ele também se ouve, podendo assim elaborar esse novo momento da sua vida, acarretando modificações em seu modo de vivenciar este processo (Mohallem & Souza, 2000).

Diante da escuta, o sujeito pode se fazer a pergunta de quem ele é. O que mostra a importância da escuta do desejo inconsciente dentro do espaço onde situações vitais colocam o sujeito de encontro com o Real. Assim, a escuta coloca o sujeito no lugar de sujeito, destituindo-o do lugar de objeto (Moura, et. al., 1994).

O inconsciente é atemporal e diante da irrupção do Real o tempo é redimensionado para o paciente, fazendo precipitar o sujeito do inconsciente. E assim, mudanças rápidas são possíveis já que diante do acidente da vida do paciente também pode acontecer um acidente

no discurso. Acidente que leva o sujeito a se perguntar sobre si, sobre sua história. O que o analista permite é um discurso. Discurso que obedece um tempo e uma lógica, do dito ao dizer, ou seja, da demanda ao desejo, no espaço onde o querer se presentifica no desejo do analista (Mohallem & Souza, 2000).

Esse desejo do analista deve responder a demanda do Sujeito com seu apelo de completude, operando a desalienação dos significantes advindos do Outro, revelando assim uma impossibilidade da palavra de alcançar o objeto. O analista ao frustrar o Sujeito não atendendo a sua demanda, estará lhe apontando que não existe um Outro que possa preencher o vazio, a falta. Inevitavelmente, o sujeito estará privado deste Outro, que na sua ilusão o completaria. Neste sentido, à medida que vai ocorrendo o desvanecimento da demanda, vai havendo o consentimento da castração (Mohallem & Souza, 2000).

Neste sentido, o sujeito descobre que ele é responsável tanto por sua história passada como pela que virá, ou seja, que seu desejo se encontra para sempre implicado. O objetivo do trabalho do psicanalista no hospital é que não possa, para o sujeito, a doença se tornar uma impossibilidade de seu desejo despertar (Mohallem & Souza, 2000). A partir do momento em que o sujeito se vê novamente castrado, diante da falta, da incompletude, há uma reestruturação deste sujeito, na qual ele recupera a sua referência subjetiva.

Reflexões sobre uma experiência de estágio

Quando nos deparamos com o ambiente hospitalar, temos a impressão de impotência diante de tantos casos complicados, ou nem tanto, mas que envolvem a complexidade do ser. Há, muitas vezes, a frustração de não poder ajudar em hipótese alguma aquele paciente, o que temos é só a escuta. A escuta e a presença de um terapeuta, mas que aparentemente não causam grandes modificações.

Muitas vezes me perguntei se realmente eu estava fazendo o meu melhor, se o que fazia realmente fazia alguma diferença ou se só vinha confirmar o que muitos na equipe médica diziam, que eu e todos os demais da equipe de psicologia estávamos lá apenas pra conversar.

Esse questionamento ficava como algo que eu achava que precisava fazer mais, mais o quê? Foi então que comecei a perceber, ainda nas primeiras semanas de estágio, que eu realmente estava ali para conversar, ter uma conversa que muitas vezes acalmava, ou suscitava as reações mais adversas em cada paciente, e muitas vezes despertavam mudanças, melhoras na qualidade de vida daquela pessoa e até mesmo na minha.

Quando você começa a perceber o quanto é tênue a linha da vida e da morte, da saúde e da doença, o seu olhar muda, a noção de realidade que temos se torna diferenciada. Percebemos que, por vezes, escondido por detrás de uma doença, de um leito, há um sujeito e quando conseguimos resgatar esse sujeito através da fala, nesse momento há a certeza de que aquela conversa é extremamente útil, funcional dentro de um ambiente hospitalar, não é a cura, nem a certeza da alta, mas é o aparecimento daquele que, mesmo hospitalizado não deixou de ser ele mesmo. Assim, todas as dúvidas anteriores sobre o quanto podemos ajudar o a pessoa são sanadas.

Muitos pacientes ao receber o diagnóstico, sentem o peso da doença muito mais forte do que ela realmente é. Há, então, o início do processo de despersonalização daquele indivíduo, muito antes adentrar ao ambiente hospitalar. O próprio paciente se apresenta como possuidor daquele diagnóstico antes mesmo de falar de si. E com a hospitalização, até mesmo por ser um processo de institucionalização, a pessoa recebe um leito, tornando-se o número daquele leito, recebe um diagnóstico, tornando-se um indicativo, um diferencial do leito, e realmente, o nome dele, aparece como pertencente ao leito ao diagnóstico e não o contrário.

Em muitos atendimentos, o paciente quando questionado sobre como está, responde do seu estado de saúde apenas, como se apenas aquilo fosse importante. E muitas vezes quando questionado como ele está, e não a doença, há um silêncio, não um silêncio de resistência, mas um silêncio de não entender como ele mesmo está, de não saber de si neste contexto. Na UTI (unidade de terapia intensiva), a pedido da equipe médica fui conversar com um senhor, que segundo ela estava se recuperando bem, mas que parecia que tinha deixado de querer viver. Nas primeiras vezes que estive com ele, não havia um diálogo propriamente dito, o paciente não se sentia confortável em conversar, e, muitas vezes, nem queria conversar. Com o passar das sessões, ele foi me relatando como tinha adaptado a sua casa, depois de um AVC (acidente vascular cerebral), como era bonito o seu banheiro, que era como o do hospital. A partir desta conversa, o paciente começou a apresentar demandas, como o de ver um filho que estava longe, as suas realizações, a formação de cada filho, a sua vida passada e viagens. Assim, o contexto hospitalar, a doença, as suas limitações foram deixadas de lado, e naquele momento havia um sujeito, a sua história de vida, e não apenas um paciente hospitalizado.

Assim como este paciente, houve outros, que mesmo no quarto, ambiente um pouco menos hostil, onde é permitida a presença de familiares, e um contexto mais familiar, demonstravam essa perda de referência. Um paciente que atendi, já havia tido vários problemas cardíacos, vivenciado vários procedimentos invasivos, estava hospitalizado por ter

sido contaminado pela dengue. Os familiares relatavam que ele nunca havia ficado tanto tempo hospitalizado, e que isto o desmotivava. O paciente falou que achava que fosse morrer, expressava medo, e me parecia que preferia se omitir diante daquele processo, assim, trocava o dia pela noite. Quando conversávamos, ele relatava suas viagens, suas histórias com seu filho, com a sua esposa. Mas, quando havia mudanças em seu quadro clínico, principalmente quando tinha febre alta e calafrios decorrentes da dengue, ele regredia significativamente. O que me mostrava o quanto o quadro orgânico tem suma importância no enfrentamento da crise para cada um. No caso deste paciente, era perceptível que ele ficava abatido com as suas recaídas, mas que a cada atendimento psicológico ele estava mais presente, enquanto sujeito.

No ambiente hospitalar, também pude notar que o paciente muito ativo, é considerado como o paciente problemático, dá muito trabalho, porque questiona, quer entender o que se passa em seu corpo. Sendo que, na medida em que a pessoa quer entender, quer saber o que está acontecendo com seu corpo, há um sujeito que demanda, tem desejo, se apresenta durante o processo de adoecer.

Em um atendimento na UTI, uma senhora, que se queixava do modo como era tratada, principalmente pela equipe do PS (pronto socorro). Relatou: “quando chego aqui é como se eu estivesse de brincadeira, mas eu sinto muita dor”. A Paciente tinha câncer, já havia dado metástase, e ela havia ficado mais de duas horas esperando para ser atendida, e ainda tinha, segundo ela que “preencher pela 9ª vez a mesma ficha, porque eles não têm tudo no computador se sempre venho aqui!”. Essa paciente por reclamar, por se colocar, era considerada, pela equipe como uma paciente que dava problemas, sendo que ela queria apenas ser tratada, e não sentir mais tanta dor.

No contexto hospitalar, também lidamos com as fantasias de nossos pacientes. Em outro atendimento, ao conversar com o paciente, que havia colocado um marca passo (dispositivo de aplicação médica que tem o objetivo de regular os batimentos cardíacos), este

relatou que era adepto da “filosofia” de que iria morrer do mesmo jeito que nasceu, sem levar nada consigo para o caixão, que tinha platina na perna e a retirou, mas que agora ele teria aquilo como seu companheiro para sempre, um companheiro que iria permitir que ele vivesse mais, mas que iria ficar para sempre com ele. Esse atendimento me remeteu a como a aceitação ou não de um procedimento vai de acordo com a posição de cada paciente em relação a sua história. Este paciente tinha consciência de que precisava do marca passo, mas não queria tê-lo, para sempre, não queria modificar o seu corpo.

Neste momento, entendi sobre quais situações de perda Moura (2000) falava, quando se referia à perda da condição de “inteiro” (cirurgia), e o quanto estes acontecimentos eram caracterizam por rupturas e descontinuidades. No caso acima apresentado, o fato de colocar um marca passo, levou aquele paciente questionar o seu significante, quem ele seria com aquele “companheiro”, com seria a sua vida após aquele procedimento.

Assim, no ambiente hospitalar, o psicólogo escuta o paciente, entende a sua história de vida. Não há um processo de cura, mas constrói-se um espaço para que o sujeito emerja, seja na condição de pessoa internada, acompanhante ou familiar.

Conclusão

O sujeito para Lacan, tem como estrutura de funcionamento psíquico três registros: o Real, o Simbólico e o Imaginário, os quais são essenciais para que a estrutura do sujeito se sustente. Sendo o Real campo da coisa, é o registro daquilo que é por si mesmo e escapa à subjetividade humana, escapa ao desejo de o ser ter domínio sobre si mesmo; o Simbólico os sons, ruídos, palavras e conceitos que entram pelo ouvido da criança vão se constituir e se estruturar como campo de linguagem; e o Imaginário são as imagens, de fantasias, fantasmas, o qual vai se constituindo a partir da maneira como o sujeito vê o mundo à sua volta, a partir da imagem que tem de si mesmo, dos próprios sentimentos e de sua história. Assim, a realidade para o sujeito é constituída pelo entrelaçamento desses três registros que estruturam o funcionamento psíquico.

Nascemos em um mundo inseridos em um discurso que precede nosso nascimento e que continuará após a nossa morte. Desta forma, o sujeito é determinado pelo simbólico, inserido do contexto da linguagem, por isso é barrado, dividido pelos significantes que o constituem, correspondendo ao sujeito que aparece nas formações do inconsciente. O eu enquanto o sujeito é como tal, essencialmente, um posicionamento em relação ao outro.

Através da linguagem do Outro, denominamos nosso desejo, não exatamente como ele é, e muitas vezes perdendo o seu sentido original, o que nos possibilita a comunicação desses “desejos” e a sua possível “realização”. Assim, através da fala, há uma possível realização do desejo, o que sem este recurso seria de difícil acesso.

O sujeito, enquanto um ser do desejo, perpassado pela linguagem é suscetível as mudanças que ocorrem em sua vida. Existem situações as quais o indivíduo enfrenta sem maiores transtornos, porém, em situações de crise como o adoecer, o indivíduo pode perder o

seu ancoradouro significativo, o que pode deixar este sujeito desconexo com ele mesmo, causando danos que vão além do orgânico na vida deste paciente.

O adoecer é um processo que escapa ao sujeito, a linguagem e ao seu desejo, deixando o paciente com a sensação de inércia, de incapacidade, de impotência. A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido, estar doente significa estar em situação de fraqueza e dependência. A doença neste sentido pode representar além do sofrimento orgânico, um sofrimento psicológico.

Assim, faz-se importante a função do psicólogo no contexto hospitalar, Pois o psicólogo tem um olhar além do orgânico, voltado para o paciente enquanto sujeito, enquanto possuidor de um desejo, fazendo necessário este para que o sujeito possa surgir dentre tantos procedimentos, os quais escapam a sua singularidade. Quando o paciente fala, faz-se presente enquanto sujeito, expressando suas limitações, angústias, desejo e fantasias. Faz-se presente dentre todos os procedimentos, vai além da doença. Torna-se um indivíduo doente, ativo diante de sua vida e não um paciente, em sua forma passiva diante da doença.

A psicologia hospitalar é uma área nova, com poucas referências bibliográficas e com poucos profissionais especializados, e com pouca oferta de trabalho. O que não faltam, no entanto, são temas pra estudo e pessoas a espera de alguém que queira escutá-los, e que os ajude a se escutar. É um trabalho extremamente recompensador, no qual acompanhamos a vida e a morte, a saúde e a doença, a presença e a ausência.

Referencias Bibliográficas

- Albernaz, M. L. (2003). *O processo de subjetivação no espaço hospitalar: uma reflexão sobre a necessidade de humanização*. Monografia, UniCEUB, Brasília.
- Almeida, E. C. (2000), *O psicólogo no hospital*. Psicologia: ciência e profissão v.20 n.3 Brasília.
- Angerami - Camon, V. A. *Tendências em psicologia hospitalar*. São Paulo: Thompson, 2004
- Barros, L. (1998). *As conseqüências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controle*. Aná. Psicológica. vol.16, no.1, p.11-28. ISSN 0870-8231.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar, a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Carvalho, S. C. (2000). *Na angústia do desmame – o surgimento do sujeito*. In: Moura, M. D. *Psicanálise e hospital*. (pp. 73-81) Rio de Janeiro: Revinter.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). *Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional*. Psicologia: ciência e profissão v.24 n.3 Brasília.
- Chaves, M. E. (2001). *O real, o simbólico e o Imaginário*. In: Caldeira, G. & Martins. J. D. (Ed.), *Psicossomática – teoria e prática*. (pp. 25-37). Rio de Janeiro: Medsi
- Dias, R. R. & Baptista, M. N. & Baptista, A. S. D. *Enfermaria de Pediatria: Avaliação e intervenção Psicológica*. In Baptista, Makilim Nunes & Dias Rosana Righetto. (2003) *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Fink, B. (1998). *O sujeito Lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Foucault, M. (1995). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA.
- Freud, S. (1969). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia – Roza, L. A. (1996). *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lima, M. G. S. (2004). *Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar*. In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C. & Lopes, S. R. A. *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mahallem, L. N. & Souza, E. M. C. D. (2000). *Nas vias do Desejo*. In: Moura, M. D. *Psicanálise e hospital*. (pp. 17-29) Rio de Janeiro: Revinter.

- Moura, M. D. (2000). *Psicanálise e Urgência Subjetiva*. In: Moura, M. D. *Psicanálise e hospital*. (pp. 3-15) Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, M. D.; Mohallem, L. N. & Faria, S. M. (1994). *O psicanalista no CTI*. In: Romano, B. W. *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp. 149-172). São Paulo: Pioneira
- Pacheco, O. M. C. A. (1996). *Sujeito e singularidade: ensaio sobre a construção da diferença*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicológica clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vicente, S. (2004). *O ato analítico*. *Cogito*, vol.6, p.39-43. ISSN 1519-9479.