

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO  
SUL - UNIJUÍ**

**DHE - DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES E EDUCAÇÃO**

**CURSO DE PSICOLOGIA**

**O SUJEITO DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO: A TAREFA DE COMPREENDER O  
QUE LHE OCORRE**

**JANICE DE MOURA SARTOR**

**SANTA ROSA/RS**

**2017**

JANICE DE MOURA SARTOR

O SUJEITO DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO: A TAREFA DE COMPREENDER O  
QUE LHE OCORRE

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado como requisito parcial para  
conclusão do curso de Psicologia à  
Universidade Regional do Noroeste do  
Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.

ORIENTADORA: IRIS FÁTIMA ALVES CAMPOS

SANTA ROSA/RS

2017

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, sempre presente e essencial em minha vida, ao meu pai Enio Dilson Sartor, minha mãe Claci de Moura Sartor, que me acompanharam nessa caminhada em busca de minha formação, e que com muito carinho e esforço não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades encontradas ao longo do meu percurso acadêmico.

A esta Universidade, ao seu corpo docente que me passou todo aprendizado e conhecimento adquirido, a direção e administração que me oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior eivado pela centrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A minha orientadora Iris de Fátima Alves Campos, pela paciência, suporte, correções e incentivo na elaboração deste trabalho.

A Clínica-escola de Psicologia da Unijuí, e ao Laboratório de Psicologia Genética da Unijuí, onde tive a oportunidade de realizar meus estágios e que foram de extrema importância para minha vivência enquanto aluna, contribuindo ativamente na minha formação como Psicóloga.

Aos meus colegas, que participaram e fizeram parte dessa caminhada.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação, meu muito obrigada.

## RESUMO

A presente monografia propõe-se à pesquisa e a escrita acerca do sofrimento psíquico causado pelo processo de hospitalização. Dessa forma, apontamos algumas questões que dizem respeito ao sujeito hospitalizado e à instituição hospitalar. A metodologia deste trabalho é uma pesquisa bibliográfica, onde o assunto foi consultado em artigos e obras de autores que tem se dedicado a compreender a respeito do tema, objetivando pensar e analisar acerca de como, e de que maneira a hospitalização pode se tornar geradora de sofrimento psíquico a pacientes, cuidadores, bem como a equipe; e de que forma a psicologia pode contribuir. No primeiro capítulo, propomos pensar como o corpo é olhado a partir do viés psicanalítico, e como o sujeito hospitalizado é visto em meio ao ambiente hospitalar. No segundo capítulo, abordamos acerca do sofrimento psíquico do sujeito e questões do ambiente hospitalar em seu contexto, trazendo também o sofrer dos cuidadores frente a essa situação de adoecimento. Já no terceiro capítulo trazemos apontamentos do fazer do psicólogo inserido no ambiente hospitalar, bem como, questões acerca da Política de Humanização da Atenção Hospitalar.

**Palavras-chave:** Sofrimento psíquico. Sujeito. Adoecimento. Hospitalização.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Base de dados Scielo .....	12
Tabela 2 – Base de dados Capes .....	16
Tabela 3 – Base de dados BDENF .....	18

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1. O CORPO PELO VIÉS PSICANALÍTICO</b> .....	<b>9</b>
1.1 PESQUISAS NAS BASES DE DADOS CIENTÍFICAS .....	12
<b>2. O SOFRIMENTO PSÍQUICO E O AMBIENTE HOSPITALAR</b> .....	<b>23</b>
2.1 A FAMÍLIA E/OU CUIDADOR QUE TAMBÉM SOFRE .....	29
<b>3. O PSICÓLOGO NO ÂMBITO HOSPITALAR</b> .....	<b>37</b>
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	38
3.2 ESCUTA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO .....	42
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>47</b>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que a hospitalização é um processo de difícil enfrentamento, pelo qual o sujeito pode passar em determinado momento de sua vida. Além de todo sofrimento físico advindo do biológico, surgem questões que se tornam extremamente angustiantes frente ao adoecer; tornando a hospitalização um processo gerador de grande sofrimento psíquico. Essa hospitalização, provoca uma mudança significativa em sua vida, tanto no âmbito pessoal, quanto no social e cultural. A maneira como cada indivíduo vivencia e enfrenta a doença e como encara o processo de hospitalização é algo muito subjetivo, de modo que, conseqüente a isso, lhe traz efeitos psíquicos das mais variadas ordens. Cada pessoa tem uma história singular e, com isso, varia a forma de reprocessar sua história frente a patologia.

Neste sentido torna-se importante a elaboração deste estudo, pelo fato de que esses sujeitos em situação de hospitalização, por estarem passando por um período difícil de suas vidas, precisam de um acolhimento e acompanhamento mais humanizado, cuja atenção e cuidados não estejam somente voltados para sua saúde biológica, mas sim, para o sujeito como um todo.

Procurou-se realizar pesquisa para compreender os efeitos psíquicos causados no sujeito pelo processo de hospitalização e também apontar questões no que tange aos cuidados e a instituição hospitalar.

A metodologia utilizada para a elaboração deste TCC é uma pesquisa bibliográfica, onde o tema foi consultado em artigos e obras, tomando como base os autores que tem se dedicado a compreender tais acontecimentos na contemporaneidade, objetivando pensar e analisar acerca de como, e de que maneira a hospitalização pode se tornar geradora de sofrimento psíquico a enfermos, cuidadores e equipe, e de que forma a psicologia pode contribuir.

O paciente ao ser hospitalizado pode sofrer um processo de despersonalização. Há um isolamento, uma incompreensão por parte desse sujeito sobre si mesmo. A fragmentação ocorrida a partir dos diagnósticos cada vez mais específicos, faz com que apenas um determinado sintoma exista naquela vida.

O sofrimento não está direcionado somente ao sujeito que padece da patologia, mas também aos cuidadores e familiares que o acompanham nesta etapa da vida, bem como ainda, a própria instituição hospitalar como um todo, que exerce influência durante o tratamento.



Em geral, o tratamento ao sujeito hospitalizado não está voltado para ele, mas, para a patologia. O ouvir, sentir e procurar entender deveria ser uma prática comum no ambiente hospitalar, frente ao processo de hospitalização. Neste contexto, fica evidente a importância de um profissional de Psicologia no meio hospitalar, a fim de oferecer suporte ao sujeito em adoecimento e aos demais que passam por esse processo de hospitalização.

O psicólogo hospitalar tem um papel importante ao acompanhar os sujeitos em processo de hospitalização, razão pela qual interessa aqui refletir sobre a atuação deste profissional.

No primeiro capítulo, abordamos brevemente acerca do corpo pelo viés da Psicanálise, e propomos pensar através das leituras realizadas, como o sujeito hospitalizado e o corpo são vistos em meio ao ambiente hospitalar.

No segundo capítulo, abordamos acerca do sofrimento psíquico do sujeito e questões do ambiente hospitalar em seu contexto histórico, trazendo também o sofrer dos cuidadores frente a essa situação de adoecimento.

Já no terceiro e último capítulo trazemos apontamentos do fazer do psicólogo inserido no ambiente hospitalar, bem como, outros elementos que foram abordados neste capítulo como a humanização e a importância da escuta no hospital.

Dessa forma apontamos que o sofrimento psíquico do sujeito hospitalizado, bem como dos cuidadores, e até mesmo da equipe institucional, advêm de um conjunto de fatores que tornam o atendimento e os cuidados para com a saúde e com o sujeito, desumanos. A partir disso, o sujeito passa a sofrer não somente pela sua condição física e biológica que o levou até aquele ambiente, mas padece psicologicamente por sentir-se fragilizado e desamparado diante dessa condição.

## 1. O CORPO PELO VIÉS PSICANÁLITICO

Neste primeiro capítulo, dividido em dois subtítulos, apresentarei de que forma o corpo é visto e interpretado pela Psicanálise, bem como, o que autores e críticos dizem quanto a questão do sofrimento psíquico na hospitalização.

Sabe-se que a hospitalização é uma situação em que o ser humano não espera defrontar-se ao longo de sua existência, mas que pode em algum determinado momento da vida se deparar. Diante disto, esse período pode ser gerador de angústia, medo, desamparo, insegurança e muitos conflitos internos; o sujeito se vê diante de uma condição hostil e difícil de ser enfrentada, o que lhe provoca grande sofrimento.

Quando se fala sobre adoecimento e hospitalização, logo surge a questão física e biológica, sendo o corpo visto como elemento principal nesse processo, onde o sofrimento é atribuído à condição física do paciente hospitalizado e não ao que diz respeito ao sofrimento psíquico desse sujeito.

Dessa forma, cabe trazer as diferentes abordagens em relação ao corpo pelo ponto de vista psicanalítico, onde o corpo é visto para além de sua condição no que concerne ao biológico, caracterizando-o como corpo real, simbólico e imaginário.

Segundo Lacan (1965/1966 apud Víctora, 2015) o objeto de desejo, chamado de “a”, pode ser considerado a partir de três modos: pela via do real, no que se refere ao desejo inconsciente; no simbólico, que diz respeito a tudo que possa provocar desejo e gerar gozo fálico; e no imaginário, objetos destacáveis do corpo, porém, que permanecem circulando pelas suas bordas.

Víctora (2015), a partir dos dizeres de Lacan, apresenta novas linhas para se pensar o corpo. Sobre o corpo real, conforme a autora:

O sujeito nasce com um corpo orgânico que segue uma “bio-lógica”, com um sistema mais ou menos autônomo, no sentido de ser independente da consciência, mas que não fica imune aos processos inconscientes - que irão organizar ou desorganizar esta lógica “bio”. Mas este corpo biológico, que integra o corpo real, não sobrevive por si só, e só ganha vida na medida em que outras instâncias interferem nele (p. 45).

Nascemos a partir de um corpo orgânico, onde somos livres e onde possivelmente conseguiríamos sobreviver, mas deve-se levar em consideração que o corpo por si só não se sustentaria, se não por intermédio de instâncias, que dão sentido a nossa existência. Esse corpo real também inclui o corpo orgânico, mas não se limita somente a isto, visto que, só existe enquanto falado.

O corpo real necessita também ser dotado de vida, e é por essa via que o corpo simbólico traz um sentido ainda maior para esse corpo, como relata a seguir Víctora (2015):

O corpo simbólico vai se formando pela incorporação de significantes, desde as primeiras identificações. Trata-se mesmo de uma "in-corpo-ração", ou da introdução, no corpo de significantes dirigidos e/ou associados ao futuro sujeito – desde seu nascimento ou mesmo antes de ele nascer – que vão criando um campo simbólico propício ao desenvolvimento de um sujeito. Seria um emaranhado de palavras, tecendo uma rede – que será organizado pelo significante chamado por Lacan de Phallus e que será coroada pelo nome-próprio (p. 46).

Consoante ao que a autora traz, o corpo simbólico é o que faz com que o ser humano se reconheça enquanto sujeito, e isto ocorre desde o princípio de sua vida, onde através da relação com o outro e do discurso a ele direcionado, esse possa se constituir.

O corpo imaginário faz a ligação entre o corpo real e o corpo simbólico, esse segundo Víctora (2015), se forma a partir do olhar do outro e também através de toques e carícias do outro, que vão desenhando esse corpo. Isto, que aparece já na fase do espelho da criança, onde torna-se perceptível no brincar com bebês, e que por meio dessas brincadeiras vai se possibilitando a criação de limites e um corpo imaginário.

Logo, o corpo na Psicanálise e o corpo falado pelo sujeito que está em análise deve ser bem escutado.

Um reflexo do olhar e das palavras dos outros, que vão se projetando, e compondo uma imagem, como em uma tela. Logo, o corpo falado em uma análise é uma construção. Enquanto construção simbólica, este corpo imaginário, projetado na tela do corpo real, será objeto de associações e deve ser "escutado", como um sonho (VÍCTORA, 2015, p.47).

Em análise, deve-se atentar-se a tudo o que o sujeito traz, pois muito se apresenta e transparece; o corpo por sua vez, manifesta o que vai no inconsciente, ele adoece, cria tumores, úlceras e tantas outras patologias, e por muitas vezes também se cura. Segundo Nacht (2000, apud Víctora, 2015):

A abordagem psicanalítica não permite falar do corpo como de um *objeto*, muito menos um objeto *científico*, cujas características e reações podem ser

analisadas e classificadas conforme o método científico de observação e experimentação – e eu acrescentaria: como no discurso médico<sup>1</sup> (p.48).

Dessa forma, torna-se evidente que a maneira como a Psicanálise fala do corpo, não se reporta a ele como apenas um objeto, mas sim como algo complexo, que possui significantes e que é dotado de singularidades e subjetividade. Não é um objeto, e não pode ser considerado como. O corpo revela muito do psíquico do sujeito, e os olhares, principalmente no que diz respeito ao adoecimento e a hospitalização devem ser focados para além do sofrimento físico.

Assim como a pele revela publicamente aquilo que *não* é dito. Ela enrubesce, empalidece, coça, sua, explode em espinhas, furúnculos, como vulcões a liberar o estresse. Ficam literalmente “na cara” a vergonha, o embaraço, o medo, etc... É o órgão de contato com o outro por excelência, logo é o que mais se presta para mostrar e demonstrar o que lhe vai “por dentro” (VICTORA, 2015, p. 48, grifo da autora).

O corpo-doente e o corpo-institucional estão associados ao corpo-pulsional; é o corpo pulsional, psicanalítico, que produz e sob o qual o inconsciente produz campos de representação nos quais o sujeito se insere. O hospital, está inserido nas questões pulsionais de vida e morte, de fragmentação e reconstrução, fornecendo um espaço de desamparo e vulnerabilidade.

O adoecimento do corpo, rompe certezas. O corpo em Psicanálise, e o corpo da medicina são avessos, embora tratem da mesma pessoa, mas não do mesmo sujeito. A Psicanálise busca tratar da vida psíquica do sujeito; enquanto a Medicina, presume cuidados orgânicos.

Percebe-se que na medicina diferente da Psicanálise, o corpo é visto a partir de outro modo. A atenção se volta ao corpo enquanto estrutura física e biológica; onde os sintomas e o sofrimento são atribuídos única e exclusivamente a doença que o acomete. O paciente é tratado como objeto de intervenção, e o objetivo destina-se a cura da patologia, a fim de minimizar o sofrimento físico desse sujeito, não levando em consideração que o sujeito além de sofrer pela doença de fato, sofre psicologicamente por se deparar diante desta indesejável condição.

**Comentado [UdW1]:** Palavra Psicanálise sempre grafada em maiúsculas.

**Comentado [UdW2]:** Palavra Medicina sempre grafada em maiúsculas.

<sup>1</sup> Tradução livre da autora.

## 1.1 PESQUISAS NAS BASES DE DADOS CIENTÍFICAS

No presente subcapítulo, apresentarei um levantamento bibliográfico da Literatura nacional, de modo a verificar como a temática dos efeitos subjetivos da hospitalização tem sido tratada por pesquisadores da área da Psicologia, bem como de outras áreas da saúde e interessados no assunto, e também quanto a visão dos mesmos no que diz respeito ao sujeito hospitalizado. Foram consultadas bases de dados relevantes na área, e a busca foi restringida a dez anos de publicação.

Na base de dados Scielo<sup>2</sup>, sob o indicador corpo, hospital e Psicanálise; foram encontrados seis artigos.

Tabela 01 – Base de dados Scielo.

ARTIGO	UNIVERSIDADE	AUTORES	ÁREA	RESUMO
O corpo doente, o hospital, e a psicanálise e seus desdobramentos contemporâneos.	Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal de Uberlândia.	Gomes, Daniela Rodrigues Goulart, Próchno Caio César Souza Camargo.	Instituto Multidisciplinar em Saúde. Núcleo Interdisciplinar de Atenção à Saúde / Instituto de Psicologia. Núcleo de Psicologia da Intersubjetividade.	Reflexão histórica sobre o corpo-doente apresenta-se como tema central na consideração da subjetividade do sujeito frente ao adoecimento e à hospitalização nos dias atuais.
O psicanalista no tratamento da dor.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC – SP.	Minatti, Sueli Pinto.	Psicóloga; Psicanalista; Mestre em Psicologia Clínica. Trabalhou no Instituto da Criança da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo – FMUSP (São Paulo, SP, Br)	A dor se manifesta como mal-estar do corpo e no corpo, e tende a ser encaminhada para tratamento médico. O objetivo deste trabalho é analisar a queixa dolorosa do ponto de vista do tratamento psicanalítico, retomando algumas acepções relacionadas ao tratamento da dor, encontradas na obra de Freud.
Patologias narcísicas e doenças autoimunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica.	Revista <u>Psicologia Clínica</u> , 2006, Volume 18 Nº 1 Páginas 193 - 204	Teresa Pinheiro <sup>I</sup> ; Júlio Verztman <sup>II</sup> ; Camilo Venturini <sup>III</sup> ; Diane Viana <sup>IV</sup> ; Lindinaura Canosa <sup>V</sup> ;	<sup>I</sup> Psicanalista; <sup>II</sup> Psiquiatra, Psicanalista; <sup>III</sup> Mestrando do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ <sup>IV</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Teoria	Estudo comparativo sob a ótica da Psicanálise, comparação clínica e metapsicológica entre pacientes melancólicos e portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), que se realiza a partir de um acordo entre o Instituto de Psicologia, o Instituto de Psiquiatria e o Hospital

<sup>2</sup> A Scientific Electronic Library Online - SciELO é um banco de dados bibliográfico, biblioteca digital e modelo cooperativo de publicação digital de periódicos científicos brasileiros de acesso aberto.

		Selena Caravelli <sup>IV</sup>	Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ <sup>V</sup> Mestranda do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ	Universitário.Clementino Fraga Filho da UFRJ.
A escuta psicanalítica do paciente hospitalizado e da equipe de saúde: estudo de caso	Revista <u>Psicologia Hospitalar</u> , 2009, Volume 7 Nº 1 Páginas 23 – 43	Zyto, Daniely Marin.	Psicóloga. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - USP	A escuta clínica do psicólogo e manejo da dinâmica apresentada propiciam e mediam o encontro com o inominável. O artigo busca a compreensão do caso clínico de uma paciente portadora de Doença de Crohn, refratária às propostas clínicas adotadas; discutir sobre o manejo do psicólogo na interlocução paciente e equipe de saúde
Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização: o paciente cirúrgico	<sup>I</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI <sup>II</sup> Curso de Psicologia da URI	<u>Goidanich, Marcia; Guzzo, Fabíola.</u>	Psicóloga e Psicanalista. Mestre em Psicologia social e Institucional pela UFRGS. Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI.	O estudo traz à tona as vivências de pacientes durante o processo de hospitalização e os sentimentos que emergem diante da doença e da intervenção cirúrgica.
O analista sinthoma: uma das funções do analista no hospital geral	Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte – Brasil)	<u>Couto, Luis Flávio Silva.</u>	Professor e Doutor em filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Correspondente da Escola Brasileira de Psicanálise, seção Minas Gerais – Belo Horizonte, Brasil.	O texto aponta existência de uma outra função, qual seja, a de permitir a organização de uma consistência de campos em um hospital, articulando-os com o quarto laço do último ensino de Lacan, isto é, do sinthoma. Procura-se apontar a função sinthoma do psicanalista no enlaçamento de demandas do corpo clínico, de funcionários, pacientes e familiares, entre outras.

Dentre esses, destaco um extremamente relevante frente ao assunto que abordarei ao longo desse trabalho, “O corpo doente, o hospital, a psicanálise e seus desdobramentos contemporâneos”, escrito por Daniela Rodrigues Goulart Gomes (Universidade Federal da Bahia), e Caio César Sousa Camargo Próchno (Universidade Federal de Uberlândia), ambos da área da Psicologia; busca

trazer questões e esclarecimentos acerca do contexto histórico do corpo-doente, a subjetividade do sujeito e o processo de hospitalização nos dias atuais, cruzando a história, a cultura e a sociedade, que tornam-se relevantes na produção dos sentidos sobre o sofrer, incluindo o desamparo e o mal estar vividos no processo de adoecimento.

A Psicanálise, portanto, tem sido de modo mais frequente solicitada, afim de responder demandas institucionais de sujeitos em sofrimento. Sendo assim, o hospital surge como campo de assistência e pesquisa para possíveis desdobramentos do corpo-doente na contemporaneidade, abrindo possibilidades e desafios a prática e teoria.

Os autores se referem ao corpo, como aquele idealizado perfeito, induzido pela cultura e que incita pela felicidade, que vai delineando o sujeito institucionalizado, polarizando e despotencializando o saber sobre o humano, sobre si mesmo. Por um lado o “homem tecnologia”, capaz de tudo, por outro o “homem paciente” que a tudo se submete.

Nesse sentido o corpo emerge em um cenário de adoecimento, como elemento de resistência e renúncia. Como resistência assume lugar de não dizer do sujeito, pois denuncia de uma lógica de produção sobre o homem instituída não a partir do que ele pode ser, mas sim, do que já está determinado ao que ele tem que ser.

Em seu artigo, Gomes e Próchno (2015), citam Alonso e Fucks (2005, p 255), que ressaltam essa lógica como uma “ tentativa de apagar o corpo inteiro, ilustrada pela figura clinica das anorexias atuais”. Esse apagamento como uma meta de transcender o inevitável: a morte, o envelhecimento e a doença. Há uma busca incessante para com o corpo além do sadio. A busca se dá pelo corpo divino, imortal, característico por transformações que a realidade contemporânea apresenta. Frente ao processo de hospitalização e a doença, essa idealização e busca por esse corpo mitológico e perfeito sofre um grande abalo. Um corpo doente comunica uma dor para além do corpo biológico, que advém também dele.

Dessa forma, processo de adoecimento e hospitalização implicam uma desestruturação emocional do sujeito, abrindo fendas psíquicas que se revelam nos dizeres e nos fazeres dentro da instituição, se fazendo significativa a reflexão sobre o sujeito diante da fragilidade humana exposta pelo adoecimento, pois nesse momento o sujeito tem sua fragilidade exposta para si e para o outro. No hospital a falta aparece escancarada.

Sabe-se que o corpo da atualidade desempenha papel essencial no imaginário sócio individual, sendo assim, esse corpo acometido pela doença catalisa e revela o desamparo e o mal-estar suscitados, quando o sujeito se depara barrado e limitado pela sua própria condição.

O artigo, apresenta, que apesar dos grandes avanços e progressos da medicina em termos de cuidados paliativos para os corpos-doentes, ocultam ainda a dificuldade do homem contemporâneo diante da doença, e da autonomia do corpo doente. Sobressai a vontade de poder sobre o corpo e sobre a vida.

O corpo doente, mostra-se desamparado diante a hospitalização, frente a situações específicas e técnicas de manuseio que ele sofre, tem-se um corpo desamparado, vazio subjetivamente, de desvitalização e fragmentação. E essa realidade causada pelo corpo fragmentado, esvaziado e adoecido é uma realidade negada pela civilização contemporânea, que prima pelo corpo perfeito, ideal. O corpo doente que sofre, também sinaliza. Sinaliza a dor e a impossibilidade de controlar a vida e a morte.

O corpo doente diante da globalização surge como um engessamento da condição do ser-pensante, e o sujeito que constitui e é constituído pelas exigências de controle, de rapidez e beleza; denegando sua história, seu corpo, sua subjetividade. O sujeito doente apresenta uma significação de infelicidade o que produz um opacificamento da gravidade das patologias psíquicas e orgânicas que dizem respeito ao corpo.

Gomes e Prochno (2015), apontam que o olhar descuidado do homem frente ao corpo doente vai atraindo outros olhares, dado que o corpo vai fazendo rearranjos para ser olhado para além, para o sujeito ser olhado. Esses olhares atentos aos corpos, mas também ao que os move: as pulsões fomentaram o início do pensamento psicanalítico porque denunciaram a existência dos processos psíquicos inconscientes que movem o ser humano independentemente de sua vontade.

A imersão do indivíduo em uma instituição hospitalar implica a destituição do sujeito como senhor de si. É destituído primeiro pela doença do controle e do seu corpo; segundo, a hospitalização o destitui de sua rotina, de seus hábitos e de sua privacidade, lançando-o em uma condição desterritorializante, que produz cisão e sofrimento.

No banco de teses e dissertações da Capes, as pesquisas com os indicadores: Psicanálise, corpo e hospital; localizaram duas dissertações de mestrado.



Tabela 02- Base de dados CAPES<sup>3</sup>

DISSERTAÇÕES	UNIVERSIDADE	AUTORES	ÁREA	RESUMO
O corpo psicanalítico no hospital	Mestrado em Psicologia Instituição de Ensino: Universidade Federal de Uberlândia.	Goulart, Daniela Rodrigues.	Psicologia.	A autora busca ver-fazer emergir o corpo psicanalítico pela análise do sujeito psíquico hospitalizado.
Um psicanalista no hospital geral: possibilidades e limites de atuação	Mestrado em Psicanálise; Instituição de Ensino: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	Netto, Marcus Vinicius Rezende Fagundes	Dissertação em Psicanálise – Instituto de Psicologia.	Possibilidades e limites de atuação do analista em um hospital geral, partindo da indicação lacaniana de que todo discurso traz em sua estrutura a marca do real.

Daniela Rodrigues Goulart Gomes<sup>4</sup>, no trabalho intitulado “O corpo psicanalítico no hospital” busca ver-fazer emergir o corpo psicanalítico pela análise do sujeito psíquico hospitalizado, levando em consideração o hospital como sendo desestruturante na questão emocional do sujeito doente, fazendo-o deparar-se com sua fragilidade e vulnerabilidade, assim como o desamparo sofrido, diante da vida e da morte.

Busca também, uma visão do sujeito-doente na contemporaneidade, refletindo sobre as posturas institucionais que se cruzam com a representação sócio cultural do corpo adoecido e hospitalizado. A Psicanálise busca olhar para além do enunciado sócio cultural, investigando a produção de sentidos; o corpo pulsional, é considerado aqui, como aquele que produz e sobre o qual se produzem campos de representações nos quais se inserem os sujeitos e que determinam suas relações, sejam elas, orgânicas, institucionais e subjetivas. O corpo é visto ao mesmo tempo, como fonte e finalidade das pulsões.

Segundo a autora, uma busca conduzida por uma inquietação, levou-a a recuperar atendimentos realizados no HC (hospital-escola de caráter público, federal, que prima pela assistência, ensino e pesquisa; o hospital tem hoje 503 leitos ativos; o Setor de Psicologia da Saúde e Educação Hospitalar existe a 21 anos), para analisar

<sup>3</sup> Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior é uma fundação vinculada ao Ministério da Educação do Brasil que atua na expansão e consolidação da pós-graduação stricto sensu em todos os estados do país

<sup>4</sup> Autora já citada no artigo anterior.

os pacientes à luz da psicanálise. Os casos que foram atendidos durante sua pesquisa foram respectivamente casos dos anos de 2004 e 2006, com o intuito de recordar, repetir e elaborar esses atendimentos que se realizaram anteriormente a esta Dissertação.

Foi através da experiência que vivenciou no sistema médico hospitalar, por meio de observação psicanalítica sobre os fatos, sobre os acontecimentos, sobre a necessidade de uma escuta deslocada do senso-comum, e foi pela consideração desse olhar, que o sentido das experiências vividas nos atendimentos foi sendo gestado e resignificado durante essa pesquisa, na busca pela verdade, da verdade do sujeito do desejo, que está para além do prazer.

Gomes traz a configuração do ambiente ao qual estava inserida, com um olhar mais aproximado do corpo, do sujeito e do hospital; olhar esse, diferente do direcionado apenas a encontrar causas e justificativas orgânicas para o sofrimento do sujeito. O desamparo vivenciado e verificado pelo corpo, causa sofrimento, e se faz pensar a indiscutível importância da psicanálise, da escuta desses indivíduos frente a este ambiente ao qual estão inseridos. Os avanços da Medicina, trazem inovações e novas resoluções para a sociedade e para o tratamento e melhorias na qualidade de vida para enfermidades crônicas e na precisão diagnóstica fornecida pelos instrumentos tecnológicos de invasão científica no corpo humano, porém, ainda disfarçam a dificuldade do homem diante da doença e do corpo doente.

O corpo doente emerge como um corpo de enunciados prestes a enunciar sentidos, particular e específico, da produção de saber sobre si mesmo, e ainda sim, de sentidos múltiplos, inclusive corporais. O corpo tem se tornado objeto, instrumento de poder e palco do desejo. O corpo na contemporaneidade só pode ser esquecido para se fazer presença - presença pela ausência; expressão genuína de presentificação psíquica. O corpo está sobre a iminência de saberes, que se aproximam e se distanciam, num movimento contínuo de produção dialética de conhecimento de si mesmo, e essa eminência causa uma lógica de sentidos do sujeito consigo mesmo e com as relações estabelecidas diante da situação de adoecimento em que se encontram.

A escuta do desejo proporciona ao sujeito o acesso a sua realidade psíquica. No ambiente hospitalar cria-se uma logística de procedimentos em detrimento aos cuidados para com os pacientes; ou melhor, o cuidado é transformado, codificado em números, percentuais, estatísticas, ordenações, e esse mesmo movimento é utilizado

na classificação de sintomas e na descrição da doença. O deslocamento da intervenção médica realizada no ambiente hospitalar transfere o olhar e escuta do cuidador, voltando-se para a estrutura espacial e funcional do hospital, deixando de ser o objeto de estudo o indivíduo, e passando a ser, a doença. Discute-se patologias, diagnósticos, medicações, e o corpo passa a ser objeto de estudo; enquanto o sujeito, exposto e um vocabulário inacessíveis sobre si mesmo. Queixas e sintomas são discutidos em um campo estritamente técnico, afastando o indivíduo da sua alteridade. Os médicos restringem seus interesses ao corporal, e o corpo vai obliterando o sujeito, que não é somente orgânico e biológico, mas social, emocional, múltiplo de significados e significações.

Para a Psicanálise, vê-se o analista no hospital para poder ouvir não somente do que padece o sujeito, mas além disso, a escuta para que os sujeitos sejam curados de si.

Na base de dados BDEFN, sob os indicadores: hospitalização e tempo de internação, foram localizados dois artigos.

Tabela 03 – Base de dados BDEFN<sup>5</sup>.

ARTIGO	UNIVERSIDADE	AUTORES	ÁREA	RESUMO
A experiência da hospitalização, uma abordagem fenomenológica.	Apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem para obtenção do grau de Doutor.	Graças, Elizabeth Mendes.	Enfermagem; enfermeira assistencial e docente.	Estudo do significado de "viver no hospital", visto pelo olhar da equipe hospitalar.
Paciente de internação prolongada em hospital psiquiátrico: condições clínicas ou sociais?	Revista de Enfermagem - UFPE On Line.	Audenis Lima de Aguiar Peixoto <sup>1</sup> , Imirá Machado Magalhães <sup>2</sup> , José Ednis Barbosa de Oliveira <sup>3</sup> , Edinoi Rodrigues Brito Filho <sup>4</sup>	Médico psiquiatra e Discentes em Medicina.	Investigar os motivos de internação prolongada em hospital psiquiátrico.

Optei por descrever o trabalho intitulado: "A experiência da hospitalização, uma abordagem fenomenológica", escrito por Elizabeth Mendes das Graças, da área da Enfermagem, pelo motivo de que a autora traz em seu texto questões mais abrangentes da área hospitalar, onde busca abordar o significado do viver em um

<sup>5</sup> Banco de dados em Enfermagem.

hospital, através da visão da enfermagem; diferentemente do outro artigo citado, que visa trazer assuntos mais específicos da psiquiatria.

Segundo a autora, a hospitalização é compreendida como uma situação em que o sujeito não escolhe vivenciá-la, difícil de ser experienciada e onde se vive a facticidade de um corpo doente que necessita ser tratado, e que muitas vezes é considerado como invadido. O hospital é descrito como um espaço onde a coexistência e a comunicação possui novos significados e como um mundo circundante estranho as experiências antes vividas.

Desde os tempos primórdios, a doença é própria da condição humana, a qual todos estão sujeitos. Entretanto, adquirir alguma enfermidade e ter que tratar em um espaço hospitalar, parece estar longe da nossa realidade e nunca inseridos nos planos de qualquer pessoa. O sujeito hospitalizado passa por situações difíceis e traumáticas, o que levaram a autora em sua experiência como enfermeira, interrogar-se acerca do real significado dessa vivência para o indivíduo enfermo. Para quem experiencia essa situação, tudo o que acontece a partir de sua inserção no ambiente hospitalar passa a ser algo novo; a constatação da doença, da internação e a própria hospitalização, é vivenciada, em sua maioria, como uma primeira experiência e sentidas de maneira ímpar.

A hospitalização, causa mudanças na rotina do sujeito, rompe com todas as suas atividades sociais, distancia das pessoas da família; deixa de ser um indivíduo totalmente ativo, para ser um "paciente", dependente fisicamente de ajuda e de cuidados especiais; estão em um ambiente, onde inicialmente tudo e todos lhes são estranhos e onde as situações de morte e sofrimento estão cotidianamente presentes. Além de alterações fisiológicas, desencadeadas pelo comprometimento físico, durante a internação, o sujeito sofre mudanças nos seus padrões de comportamento e hábito impostos pela equipe de saúde e normas institucionais. Durante a internação ainda se restringe ao contato com parentes e conhecidos, permitidos somente em dias de visitas, em períodos predeterminados pelo próprio hospital. Nesta ruptura com o mundo físico externo a instituição hospitalar, o sujeito passa a ser apenas mais um entre outros muitos doentes.

A realidade a qual estão subjugados os pacientes, a tempo foi constatada; entretanto, segundo a autora, quase nada se fez no sentido de ouvi-los, com a intenção de compreender o seu mundo real vivido. Ouvir o paciente sobre o estar hospitalizado, enquanto momento existencial vivido, era encontra-lo na multiplicidade

aberta de seu mundo e nele apreender perspectivas de sua realidade agora, não revelada.

Graças (1997), em seu estudo buscou identificar o significado de viver em uma instituição hospitalar para as pessoas ali internadas, e de forma, a compreender tais experiências, opta pela pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, e seguindo a abordagem do fenômeno situado – hospitalização - buscou analisar o discurso de pessoas que foram vítimas de acidentes e internadas há mais de um mês em unidades de clínica-cirúrgica de um hospital geral. O seu interesse em que concerne a hospitalização, e que resultou no desenvolvimento de seu trabalho, surgiu a partir da atuação da autora como enfermeira assistencial e docente junto a pessoas hospitalizadas em clínica medico-cirúrgica, onde, por vários anos, a mesma, teve a oportunidade de acompanhar a situação que os pacientes enfrentam desde o momento em que adentram no hospital até o momento da alta médica, período esse, que pode durar, dias, meses e até mesmo anos.

Em seu trabalho realizado dentro da instituição hospitalar, e através de depoimentos prestados por pacientes, constata-se que o vazio deixado pela separação de familiares e pessoas próximas, e a preocupação de não poder cumprir com suas responsabilidades perante a sociedade e a família, se tornam problemas vivenciados com acentuada ansiedade durante a hospitalização. A falta de liberdade a que estão submetidos, são cerceamentos que lhes impedem de viver como sujeitos de possibilidades e autodeterminação. Sentem-se com falta de privacidade e expostos como objeto. Além do sofrimento advindo do espaço físico, sentem-se condenados ao exílio, por terem os seus desejos coibidos.

A hospitalização se desvela como algo difícil de ser suportado, e o hospital, como um lugar que fica a dever como espaço terapêutico. As expectativas das pessoas doentes, vão além para com o cuidado e cura do corpo orgânico e a manutenção da vida; ampliam-se no desejo de que sejam tratadas e colhidas como corpo vivido, que tenham uma significação inerente. Querer curar e ajudar a pessoa hospitalizada a refazer-se nesse momento de seu existir, é, portanto, adotar uma prática profissional que não leve em conta somente o estado corporal, mas a sua dimensão humana.

Além dos artigos encontrados através das buscas realizadas nos bancos de dados, que se referem ao sujeito, corpo, corpo-doente, sofrimento psíquico e o processo de hospitalização e seu contexto; trago também neste trabalho como

referência, um artigo escrito por Eliane Brum, intitulado “Morrendo como objeto – o sistema médico-hospitalar faz de nós violentados: em vez de viver o luto, temos que lidar com o trauma”, onde diz que todos morrem, e isso é algo que não podemos evitar, mas que é preciso que os mortos por motivos não violentos cessem de morrer dentro dos hospitais.

No ano de 2008 acompanhou o cotidiano de uma enfermaria de cuidados paliativos por quatro meses, para contar da morte com dignidade, a partir da ideia de que quando não se pode curar, ainda pode-se cuidar. Durante esse percurso vivenciado, testemunhou o morrer de inúmeras pessoas, cada uma de uma forma e com suas singularidades. A morte como parte da vida e não como seu contrário.

O hospital, como local que deveria aspirar cuidados, torna vítimas de violência as pessoas com as quais possuímos afeto e amamos, e em consequência disso torna-se vítima não somente o sujeito hospitalizado, mas o familiar e ou terceiro que o acompanha. O sistema médico-hospitalar, segundo Eliane (2017), violenta o sujeito que além da perda do ente precisa elaborar o processo de luto. Não há apenas luto, mas trauma.

O texto traz que é necessário respeitar a vida e aquele que vive, e que só há respeito quando se há conhecimento de que ali há um sujeito, de que por trás do corpo-doente existe uma pessoa com subjetividade. No momento em que o corpo se torna um objeto, o sujeito passa a ser sujeitado. No instante em que se entra em um hospital e a morte muitas vezes se desenha como desfecho, o sujeito deixa de pertencer a si mesmo, e passa a se tornar objeto de intervenção, onde é espetado por agulhas, manipulado de qualquer maneira e exposto a situações e procedimentos invasivos.

A autora, coloca que há abusos ao invés de acolhimento, seja direcionado ao paciente ou ao próprio acompanhante que espera por notícias. Necessita-se de cuidados não só do âmbito biológico; tratar a pessoa como um ser que possui uma história, e não como um objeto, um involucro de carne que nada sente. Objeto esse sob vigilância, passível de visitação em horários determinados, restrito a visitas e a possibilidade de estar com quem compartilhou até então sua vida e sua história.

Quando o indivíduo entra em um hospital, de imediato, é convertido em um objeto; objeto esse “sequestrado”, descobre-se que nada barrara a onipotência médica, principalmente se o processo de morrer se der dentro da instituição hospitalar.

O corpo doente é revirado por estranhos, espetado e penetrado por objetos, mesmo quando já não há chances de cura.

O sistema médico-hospitalar, reduz pessoas a objetos, onde ainda não morremos e já somos reduzidos a um não ser. Se morre, não gente, mas sim como objeto.

O poder da Medicina sobre os corpos nessa época em que estamos encobrem a perversão de um sistema, em que bem no fim nossos direitos são suspensos. Se não há história, não há sujeito; se não há sujeito, não há direitos.

Percebe-se que os profissionais da saúde, não compreendem que a partir de um momento, o que é apresentado como cuidado, torna-se tortura. O que o sujeito é, não é mais algo complexo, cheio de camadas, mas um diagnóstico: depressivo, cardíaco, etc. Necessita-se segundo a autora, que haja uma mudança na formação dos médicos nas universidades, para se colocar limites na falta de limites.

Logo, conforme os artigos referenciados, percebe-se a partir de um ponto de vista geral, que o sujeito em processo de adoecimento e hospitalização é ainda considerado pela instituição hospitalar como um objeto, em que os olhares e os cuidados direcionados a ele se reportam ao corpo em sua condição biológica. O sofrimento físico passa a ser o único a ser considerado, não levando em conta e dando atenção ao sujeito em sua complexidade, ao sofrimento psíquico do mesmo, originado diante dessa situação indesejada a qual é submetido. Essa condição, em que o sujeito está inserido é causadora de mal-estar e grande sofrimento, e não diz respeito somente a questões relacionadas ao paciente, mas também ao ambiente hospitalar como um todo.

## 2. SOFRIMENTO PSÍQUICO E O AMBIENTE HOSPITALAR

A hospitalização em seu contexto histórico, desde a criação dos hospitais na antiguidade, nos faz refletir acerca de como foi instituído, como era visto e de que forma evoluiu se tornando hoje a principal referência na área da saúde de todo mundo.

Conforme Ornellas (1998), os cuidados para com a saúde, com o corpo, já existiam desde o início da existência humana, onde os principais cuidados e assistência oferecidos eram de origem familiar, não se tinha o médico como referência e detentor do poder e saber. Esses cuidados partiam de várias concepções existentes da época, advinham de parteiras, curandeiros, sacerdotes, membros da própria família, entre outros que se dispunham a oferecer cuidados, e eram realizados em locais como templos, casas e outros ambientes específicos, que não hospitais. Dessa forma, foi se configurando as primeiras características de um hospital.

Por volta do século II, os hospitais começam a surgir nos templos gregos, onde se faziam o acolhimento dos doentes, e onde os tratavam e os abrigavam, semelhantes a hospitais militares. Mais adiante, a partir do século IV, com a introdução ao cristianismo; locais de assistência e abrigo passaram a tornar-se hospitais cristãos e com o seu avanço estenderam-se por toda Europa. Os hospitais dessa época funcionavam mais voltados a religião do que ao terapêutico. Segundo a autora: “a transição da antiguidade para idade média não afetou singularmente a evolução dos hospitais. Continuaram-se difundindo-se dentro dos princípios cristãos, na medida em que o próprio cristianismo se expandia. (...)” (ORNELLAS, 1998)

A partir daí, passa a se configurar uma nova estrutura, onde o hospital não é mais visto somente pelo cunho religioso, onde qualquer doença era configurada e atrelada a religião.

Em suma os hospitais, eram vistos naquela época como albergues, casas de abrigo, onde pobres e doentes eram assistidos, assim como a população que não se enquadrava nos padrões da sociedade na época, e que ofereciam segundo eles algum tipo de risco aos demais cidadãos. Pitta (1991, apud Ornellas, 1998) diz que:

De profana incumbência de sequestrar pobres, moribundos, doentes, e vadios do meio social, escondendo o incomodo e disciplinando os copos e guardando-os até a morte, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca de tecnicismo científico adequado as suas novas funções (p. 41).



Assim, a busca da tecnologia e a implantação da mesma no hospital aliada no tratamento de doenças e da cura, resultou no início de uma grande mudança e evolução para a área hospitalar. A partir desse momento, também passa a se considerar o hospital como local destinado a cura, e onde a Medicina se instaura, fazendo com que o hospital se torne principal instituição de assistência.

A partir do capitalismo, o hospital passa a trabalhar voltado também para as questões de capital, e nesse momento, o acolhimento prestado e abrigo de doentes e moribundos são extintos de vez, uma vez que, passa a ser local de cura e de permanência temporária, e onde quem tinha mais condições, pagava pelo serviço médico; o intuito passava a ser o lucro.

Com o passar do tempo, percebida a necessidade de atendimento da população em geral, em que não somente burgueses e a sociedade com alto poder econômico tinha o direito a atendimento médico, os hospitais foram de forma crescente expandindo-se e se tornando hospitais gerais, isso, devido a novos modelos de governo, organização, gestão, que vão introduzindo esses novos padrões no âmbito hospitalar. O direito a saúde passa a ser de todo cidadão

Logo, com o intuito e objetivo principal, o hospital busca pela cura do paciente, e muito se tem evoluído quanto a essas questões; porém, sua preocupação sempre esteve centrada na doença, e não no próprio sujeito portador da enfermidade.

Ao passo que, até o recente momento em que nos encontramos, a hospitalização traz questões significantes quanto a produção dos sentidos sobre o sofrer, sobre o desamparo e sobre o mal-estar que é causado no sujeito pelo processo de adoecimento.

Diante disso, a Psicanálise tem de forma cada vez mais frequente, se tornado presente em instituições hospitalares, afim de atender demandas oriundas do sujeito hospitalizado em sofrimento.

Quando se fala em adoecimento e hospitalização, muito se reporta ao corpo, como sendo aquele por muitos desejado e idealizado como perfeito, que siga determinado padrão imposto pela sociedade e que de alguma forma representa e causa um estado simbólico de felicidade. E nessas circunstâncias, acaba por delimitar o sujeito a um ser institucionalizado, onde o coloca em uma posição em que tudo deve ser e ocorrer da maneira como a sociedade estabelece.

Em seu texto, "O mal-estar na civilização", Freud (1927-1931), traz que a postura estética relacionado ao objetivo de vida do indivíduo propicia pouca proteção

a ameaça do sofrimento. Ainda aponta que o indivíduo, sem nenhuma sombra de dúvidas, procura durante todo o seu percurso de vida se empenhar na conquista pela felicidade, e assim, nesse estado de aprazimento se manter.

Esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer. Essa empresa apresenta dois aspectos: uma meta positiva e uma meta negativa. Por um lado, visa a uma ausência de sofrimento e de desprazer; por outro, à experiência de intensos sentimentos de prazer. Em seu sentido mais restrito, a palavra 'felicidade' só se relaciona a esses últimos. Em conformidade a essa dicotomia de objetivos, a atividade do homem se desenvolve em duas direções, segundo busque realizar – de modo geral ou mesmo exclusivamente – um ou outro desses objetivos (FREUD, 1927-1931, p.84).

Nesse sentido, o sujeito pretende durante toda sua vivência, extinguir todo e qualquer sentimento de sofrimento e desprazer, buscando apenas estados intensivos de prazer, o que na existência humana se torna impossível. De acordo com Freud (1927-1931):

Como vemos, o que decide o propósito da vida é simplesmente o programa do princípio do prazer. Esse princípio domina o funcionamento psíquico desde o início. Não pode haver dúvidas sobre a sua eficácia, ainda que o seu programa se encontre em desacordo com o mundo inteiro, tanto no macrocosmo quanto com o microcosmo. Não há possibilidade alguma de ele ser executado; todas as normas do universo são-lhe contrárias (p.84).

Dessa forma, percebe-se a tentativa contínua do sujeito em viver somente a partir desse princípio, onde a felicidade deve-se fazer constante permanentemente.

Segundo Freud (1927-1931, p. 84) "o que chamamos de felicidade no sentido mais restrito provém da satisfação (de preferência, repentina) de necessidades represadas em alto grau, sendo, por sua natureza, possível apenas como uma manifestação episódica". A felicidade constante, essa busca pela satisfação absoluta a qual todo indivíduo deseja desde a sua existência é algo impossível de se concretizar, em razão de que, em algum momento na vida de todo sujeito, alguma situação lhe causará determinado estado de sofrimento, angústia e desprazer. Porém, não se mede esforços para chegar perto desse tornar-se feliz.

Durante toda existência humana, o sujeito passa por episódios causadores de uma gama de sentimentos e emoções, e os relacionados ao descontentamento acabam por gerar sensações de mal-estar, angústia, tristeza, apreensão, abatimento, decepção e grande desamparo; visto que, o mesmo se vê diante de algo inesperado

e indesejado, ao qual não estava preparado a enfrentar, produzindo, assim, uma ruptura nessa possível e permanente condição de completa felicidade.

Percebe-se que o indivíduo normalmente, não está preparado para situações adversas ao da satisfação e do prazer, ocasionando a ele uma difícil compreensão, entendimento e também enfrentamento de fatos em que estará inserido em deliberado momento de sua vida. O adoecer é um exemplo real dessa descontinuação de vida perfeita e autônoma, a qual o indivíduo geralmente de maneira involuntária é submetido, e onde a defrontação ocorre de uma forma dura e dificultosa.

Por essa via, quando esse indivíduo se percebe diante ao cenário do adoecimento, quando esse corpo primoroso e ideal que busca, e o qual a civilização faz questão de enaltecer, se descobre como um corpo doente e se depara com essa realidade, se manifesta elementos de resistência e renúncia. Freud (1925-1926) relata no texto *Além do princípio do prazer*, como sendo originário do princípio do prazer. Segundo ele:

Não há dúvida de que a resistência do ego *consciente* e *inconsciente* funciona sob a influência do princípio de prazer; ela busca evitar o desprazer que seria produzido pela liberação do reprimido. *Nossos esforços*, por outro lado dirigem-se no sentido de conseguir a tolerância desse desprazer por um apelo ao princípio de realidade (p.31).

O sujeito passa a assumir um lugar de não dizer de si próprio, onde ali, estará à mercê do outro, sendo submetido ao que já está determinado, ao que ele tem que ser e não ao que ele pode ser.

Cada vez mais, as pessoas prezam mais pelo corpo para além do saudável, e essa busca pelo corpo divino, frente ao adoecimento e a hospitalização passa por um grande estremecimento, o que, por conseguinte acarreta nesse sujeito uma desestruturação emocional que pode produzir fissuras psíquicas que se revelam nos dizeres e fazeres da instituição. Desta forma, se faz significativo o pensar sobre o sujeito, defronte a vulnerabilidade emocional que se expõe para si mesmo, e para as demais pessoas que o rodeiam no ambiente médico-hospitalar, assim como, o grande sofrimento que passa a experimentar neste espaço. De acordo com Freud (1927-1931):

Já demos a resposta [pág. 31] pela indicação das três fontes de que nosso sofrimento provém: o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na

sociedade. Quanto às duas primeiras fontes, nosso julgamento não pode hesitar muito. Ele nos força a reconhecer essas fontes de sofrimento e a nos submeter ao inevitável. Nunca dominaremos completamente a natureza, e o nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização (p. 93).

Dessa maneira, o sujeito doente, sujeita-se a uma nova e indesejada condição de vida, que se dá por um breve ou longo período. O corpo em uma condição enferma, adoentado, revela o desamparo e o mal-estar que advêm de um sujeito que se depara barrado e limitado a sua própria condição de vida. A realidade do corpo doente, é a de que, passa a ser um corpo fragmentado, vazio de subjetivação e desvitalizado, realidade essa, recusada pela civilização que preza pelo corpo ideal. Assim, o corpo doente revela a dor e o sofrimento, também desvela a impossibilidade de controlar a vida e a morte.

Essa veracidade do sujeito mediante o corpo adoentado, essa realidade em que ele está inserido lhe causa sofrimento, e conforme Freud (1927-1931), “considera a realidade como única inimiga e a fonte de todo sofrimento”[...] (p. 88). A vista disso, cada indivíduo apresenta uma forma singular de lidar com as situações desconfortáveis geradoras de sofrimento as quais estão submetidos.

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. O medo de morrer e a insegurança levam o sujeito a um desconforto físico, moral e psicológico.

Os sentimentos dolorosos são provenientes, muitas vezes, da forma como são tratados nesse ambiente, como se perdessem sua identidade de sujeito. Há um cuidado desumano, ocasionando no indivíduo um descontentamento, capaz de gerar depressão, sofrimento emocional, estresse, e em consequência a isso, piorar seu quadro patológico.

Quando hospitalizado e deparado com a realidade em que está incluído, esse sujeito, sofre um total processo de despersonalização, onde surge a impressão de que ele é estranho a si mesmo, o sujeito, até mesmo no sentido de sua própria passividade frente aos novos fatos e perspectivas existenciais, irá reformular os seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal, pois deixa de ter significado próprio, para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia. Há um isolamento, incompreensão e despersonalização desse sujeito. A fragmentação

ocorrida a partir dos diagnósticos cada vez mais específicos, fazem com que apenas um determinado sintoma exista naquela vida.

Dessa forma, ao entrar no ambiente hospitalar, seu espaço vital não é mais o que advém de seu processo de escolha, ele rompe com seu cotidiano pessoal e social, sua rotina familiar, suas responsabilidades, compromissos, horários e comprometimentos são deixados de lado, não por vontade própria, mas por uma imposição que o mesmo tem de se subalternar. O mundo externo onde ele é dono de si, ou seja, que faz o que quer, quando e onde pretende, não faz parte da atual realidade em que está inserido. A partir desse momento, passa a obedecer a regras e a viver conforme a instituição regulamenta, deixa de ter um nome próprio, uma história, para tornar-se um diagnóstico, um leito de hospital, onde sua subjetividade é deixada à parte.

Sendo assim, o sujeito sente-se um ser impotente, a mercê dos cuidados da instituição, onde a sua vontade não é levada em consideração; os horários são determinados pela equipe, é tudo semelhante a um modo mecanizado, onde se tem horário para comer, dormir, tomar banho, e receber visitas. O sujeito passa por procedimentos invasivos que não respeitam seus limites e imposições, como o fato de acordá-lo para aplicação de injeção; exames e métodos desconfortáveis; muitas vezes estão em quartos com mais pacientes, e sua vida é exposta a todos ao seu redor. Perde sua individualidade e acesso a liberdade, além de serem expostos a descrições e esclarecimentos técnicos, de difícil entendimento acerca de sua própria condição enquanto doente. Tudo se torna de alguma forma invasivo diante de sua necessidade de aceitação do processo ao qual está passando.

Desde o princípio em que o sujeito se insere no ambiente hospitalar, deixa sua história para o lado de fora da instituição, que a partir de agora passa a representar uma nova experiência e realidade de vida para o mesmo. Esse deixar do lado de fora sua história, acontece muitas vezes não por vontade própria, mas pelo fato de que no ambiente hospitalar, por mais que saibamos que sua trajetória enquanto ser social faz parte do sujeito ali internado e interfere no modo como ele se posiciona diante a situação de internação e de enfrentamento da doença, para equipe médica e para a instituição em geral sistematicamente não quer dizer nada, pois a única e exclusiva preocupação está relacionada ao estado físico e patológico do indivíduo.

Diante disso, o sujeito quando inserido então nesse ambiente hostil, passa a viver com questões que lhe geram medo, sente-se constantemente inseguro com o

que vai acontecer com sua vida e com o seu corpo, perde o domínio e controle de sua vida. Durante esse processo de hospitalização vivencia experiências que diariamente lhe causam aflições e angústias, por estar em um ambiente onde a preocupação é somente relacionada a questões de cura e biológicas, e onde o próprio eu do paciente, seus sentimentos, seus medos não são ouvidos.

Nota-se um não acolhimento desse sujeito. Além de estar desamparado, sentindo-se como um objeto, se sente vazio, esquecido e literalmente sozinho, pois nem ao seu lado podem estar as pessoas com quem convive, que o conhecem e que fazem parte de sua história de vida. As visitas ocorrem em horários determinados e são limitadas quanto a quantidade de pessoas e ao tempo em que podem permanecer naquele espaço. Os familiares, amigos e pessoas próximas são extremamente importantes na vida de qualquer sujeito e fazem parte da história de vida do mesmo, se os são na vida pessoal e social, mais ainda serão nesta ocasião, em que o momento exige do sujeito não somente força de vontade em seguir adiante, como também resiliência, ou seja, tornar-se capaz de lidar com os atuais problemas, adaptar-se as mudanças e resistir frente as situações adversas. E nesse contexto, a presença desses indivíduos auxiliam no enfrentamento dessa jornada.

Nesse sentido, mal acolhido pela instituição hospitalar, ocorre também um notável desrespeito quanto ao desejo do sujeito frente a sua condição de doente, onde não se respeita suas escolhas e suas vontades enquanto sujeito único e com desejos particulares, ocasionando um maior sofrimento a ele, e a sua família e conhecidos, que juntamente com o mesmo, sofrem com essa situação e sentem-se incapazes de fazer algo, ou até mesmo não sabem como lidar com essa circunstância.

## 2.1 A FAMÍLIA E/OU CUIDADOR QUE TAMBÉM SOFRE

Eliane Brum, em seu livro *Uma/Duas*, traz em sua escrita justamente essa questão, na qual o sofrimento e o não saber o que fazer diante da doença, bem como as reações advindas dessa condição, aflige e afeta tanto o sujeito portador da enfermidade quanto aos familiares. Em seu texto apresenta o caso de mãe e filha diante da questão do adoecer, onde neste cenário, a autora discorre acerca de uma relação distante entre ambas e que muda frente a uma nova condição, essa, em que a mãe agora doente passa a necessitar dos cuidados da filha, trazendo pontos da

vivência das duas e suscitando novos pensamentos, ressignificações nesse relacionamento.

A filha guardara muitos ressentimentos da mãe que sempre cortou a relação da mesma com o pai. A filha guarda um sentimento e desejo de morte pela mãe e que diante desta mãe doente, em um primeiro momento se reforça, mas ao mesmo tempo ela também se percebe como carne inseparável da mãe.

A mãe já não era vista por vizinhos e conhecidos havia dias, e muito menos pela filha; que então, preocupados com o sumiço chamam os bombeiros. A mãe estava lá, jogada no chão sem nenhuma condição de movimentar-se e pedir por socorro. É nesse momento que a filha recebe uma ligação lhe avisando do estado de saúde da mãe, e que começa a surgir uma gama de sentimentos por parte das duas. Os moradores do prédio da mãe, quando a avistam e conversam com ela, a julgam de todas as formas pelo descaso e desinteresse dela para com a mãe, já que a mesma se encontrava em um estado deplorável e de consternação. Como se apresenta no seguinte trecho em que a autora traz na narrativa da conversa entre a filha e os vizinhos da mãe:

O que está acontecendo, ela pergunta. Todos olham para ela. Eu sou a filha. E não gosta de sua confissão, nem do olhar de testemunha de acusação. Que eles sabem dela, afinal, enganados por aquela velhinha suave como arsênico?  
Há quanto tempo você não há vê?  
Que pergunta é aquela? Acho que falei com minha mãe há três ou quatro semanas por telefone, talvez mais. Acha? Não dão mais atenção a ela depois de um olhar de mutuo entendimento. Agora ela é a filha ingrata, já a julgaram e condenaram e enfim a ignoram (BRUM, 2011, p. 12).

Analisando esta parte do texto em que Brum expõe a reação dos condôminos e conhecidos, percebe-se o que no real acontece quando em situações semelhantes, onde pessoas de fora que não são próximas e não conhecem a história e contexto familiar passam a julgar a partir de um olhar externo, sem saber o que de fato acontece naquela família.

A personagem ao se deparar com sua mãe naquele estado, de alguma maneira fragiliza-se e se assusta e por um momento pensa em não poder fugir e separar-se da carne da mãe, que sempre a tornou dependente, e que agora dependeria dela.

A experiência de vida faz concluir que, quando se recebe a notícia do adoecimento de um familiar, estes se deparam com indagações e sofrimento; e frente

a essa nova condição sentem-se na obrigação de fazer algo por aquela pessoa que sofre. São tomados por um sentimento de consternação e dor. A doença e a hospitalização causam medos, insegurança e em um primeiro momento o pensamento de que a morte se fará presente como desfecho do adoecimento; ocorre um desespero e um temor quanto ao fato de perder aquele parente.

Voltando a personagem da filha, que ao acompanhar a mãe na internação hospitalar, além dos julgamentos já recebidos, agora se depara com os questionamentos e julgamentos da equipe institucional, que a enchem de perguntas e indagam explicações.

*Não, ela não sabia que a mãe não conseguia mais caminhar. Não, ela não sabia que fazia um mês que tinham cortado a eletricidade por falta de pagamento. Não, ela não sabia que a mãe não comia havia mais de uma semana. Não, ela não sabia que uma parte do pé da mãe tinha sido comida pelo gato. Não, ela não sabia. Por que ela não sabia? Porque a mãe não lhe contou. Porque ela trabalha de segunda a segunda. Porque as duas não são próximas (BRUM, 2011, p. 18).*

Diante disso, cada sujeito lida subjetivamente de uma maneira diferente. Nessa situação pode ocorrer uma resignificação por parte da família para com o sujeito, uma aproximação maior, e muitas vezes quem distante estava, faz-se notar presente com o intuito de estar perto e disposto para o que se precisar, pois a circunstância do estar doente passa uma significância de infelicidade, e a essas pessoas o fato de se fazerem presente e estarem disponíveis para qualquer ocasião, traz a esses sujeitos um pouco de placidez para enfrentar o acontecido. O que, no caso trazido pela autora, o fato de deparar-se com a mãe doente, e o cuidar, se tornou uma obrigação, já que a mãe precisava dela e não tinha com quem contar, e como filha sua responsabilidade seria essa, de estar com a mãe e dedicar seu tempo aos cuidados para com ela.

O que ainda, muito acontece com os familiares e conhecidos quando se veem diante de um cenário em que algum ente da família enfrenta uma doença, é que frente a essa condição querem se fazer presente e tentar ao menos, recuperar o tempo em que não estiveram e não foram presentes na vida desse sujeito, seja por alguma desavença ou situação geradora de mágoa e ressentimentos, o que é considerado comum em qualquer convívio familiar ou simplesmente pelo fato de se estar distante e não se encaixar tempo para se estar perto, pois vivemos em um mundo em que sobra tempo para relações sociais e não para pessoais. Há então um fazer-se



presente, em virtude de recuperar o tempo perdido e obter por parte do parente ou conhecido adoecido um perdão ou reconhecimento por estar ali. Querem se fazer úteis e disponíveis, afim de serem solidários e ajudar na minimização do sofrimento.

No caso trazido pela autora Brum, quando a filha se dá conta de que a mãe realmente está na UTI, surge sentimento de culpa, apavoramento, o não saber o que fazer, a partir disso torna-se evidente a preocupação, por mais difícil que tenha sido a relação entre sujeito doente e familiar se torna visível. “A mãe na UTI. Agora a urgência. E o mau humor. A culpa. Precisa conferir se a mãe está viva ou morta. De repente a morte da mãe lhe parece insuportável. Sentada na cama tem um acesso de choro. Soluça tanto que o travesseiro fica pastoso (...)” (BRUM, 2011, p. 27).

A doença e o estar hospitalizado leva para a via da possibilidade de morte, de perda daquele sujeito, causando uma desestabilização emocional em quem convive junto ao sujeito enfermo.

Somado a isso, os familiares, assim como o próprio sujeito adoecido sofrem com o atendimento e o tratamento oferecido no ambiente hospitalar em que se está inserido. A autora, ainda traz a situação em que diante do olhar médico sente-se julgada, nesse trecho aponta a fala da médica: “(...) Então você apareceu, a médica diz. O sorriso irônico forma rugas nos cantos dos lábios de traço. Sim, eu estou aqui, ela diz. Não teme o poder do jaleco. (...) ela tem o prazer de impor sua melhor personagem (...)” (BRUM, 2011, p. 41).

Além de todo sofrimento advindo do adoecimento do ente, e o deparo com a realidade institucional, o tratamento e o amparo oferecido pelo médico se torna falho, já que, o mesmo por vezes atribui um olhar de julgamento frente aos sujeitos, tanto com o adoecido quanto ao familiar. O que pode ocasionar um maior desequilíbrio e sofrimento emocional.

Em relação ao texto ficcional, o adoecimento da mãe gera a necessidade de cuidados constantes, o que exige por parte da filha a obrigatoriedade de se fazer presente, gerando uma desestruturação em sua rotina de vida.

Para o sujeito adoentado e hospitalizado, na situação em que se encontra e pela forma em que é visto e tratado pela instituição, o processo de aceitação e enfrentamento se torna dificultoso, já que muitas vezes sofre com a falta de informação e linguagem técnica a que é exposto e onde por muitas vezes, seu diagnóstico e situação não lhe são falados diretamente, são revelados pela equipe médica aos acompanhantes. Cito um fragmento do texto, na situação em que a mãe

se encontra hospitalizada e a médica pretende dar algumas informações a respeito de seu estado de saúde.

Não. A voz da mãe. Diga o que tem de dizer aqui. A mãe está ríspida. O que está acontecendo com a mãe? De repente tão cheia de emoções humanas? A médica está apenas me pedindo para ir até a sala dela para acertar a documentação. É rotina, mãe. Não a doutora quer falar com você sobre a minha doença. Fale aqui, na minha frente (...) (BRUM, 2011, p. 123).

Essa situação, é geradora de muita angústia e sofrimento para o sujeito ali internado e para quem o acompanha, já que sofrem com a incerteza da cura, e de seu futuro. O esconder do estado de saúde ao próprio sujeito portador da doença, torna-se angustiante, e extremamente atormentador, já que o mesmo, passa a não saber de sua própria vida, e sentir-se ainda mais incapaz e debilitado, causando sofrimento psíquico e dificultando o processo de tratamento.

O médico poucas vezes visita o paciente, e quando assim faz, usa uma linguagem técnica específica da profissão e de pouco entendimento, onde o sujeito não entende de forma clara o que está sendo dito, além disso, ainda, a espera por esclarecimentos e conversa com o médico gera sofrimento nesse sujeito, que fica aguardando pela vinda do mesmo, que nem sempre se faz presente com frequência, e quando faz, deixa o paciente em falta. Os enfermeiros fazem somente o que orientado a eles, e quando questionados nada tem a dizer sobre a doença a qual o sujeito está acometido, estão ali com a única preocupação voltada ao biológico, onde a medicação inserida e o cuidado físico com o paciente é a única instrução.

Contudo, há sujeitos que frente a essa condição não sabem como enfrentar a situação junto com o sujeito doente, não sabem como agir e ajudar o mesmo, já que, a doença e o fato de estar doente é originadora de inúmeras questões de angustias e pensamentos que na maioria das vezes, para não dizer em sua totalidade, levam a sentimentos de medo, de tristeza, dúvidas e incertezas, e por vezes, podem aumentar o sofrimento do sujeito que está passando por isso em sua vida.

Dentro do ambiente hospitalar o sujeito passa a não responder por si, tudo o que ele faz ou tem de fazer, advém de um terceiro, e o sujeito passa a viver em um estado de dependência, em que, nem direito de decidir algo referente ao seu próprio corpo e sua vida pode. Não é visto como sujeito de desejos. Neste fragmento a autora coloca a fala da filha direcionada ao médico;

Nem você, nem seus colegas são deuses para decidir que minha mãe vai morrer cheia de cortes e de dores por nada. (...). Com informação, minha mãe pode pelo menos escolher como vai viver a sua vida até o fim? Você entende qual é o seu papel nesta história? A decisão de como minha mãe vai viver não é sua. É dela (BRUM, 2011, p. 127).

Nesse trecho, mostra na fala da filha reportada para a médica, a questão da escolha do sujeito doente em relação ao seu tratamento; no caso trazido pela autora, a mãe já idosa, com metástase em todo corpo já não quer passar por procedimentos médicos, como cirurgias, por saber que suas chances de cura são mínimas. Prefere viver até seu último momento de vida de seu modo, do que, sabendo que suas chances de cura são muito escassas, se submeter a procedimentos cirúrgicos e tratamentos, que lhe causariam maior sofrimento. Já no seguinte trecho a autora traz exatamente um fragmento em que a mãe esboça o interesse em realmente saber do médico suas possibilidades de cura, e seu desejo quanto ao tratamento.

“(...). Se não há chances reais de cura, prefiro aceitar. Quero do senhor apenas a garantia de que eu não vá sentir dor. (...) eu não tenho escolha. Eu preciso fazer tudo o que está em meu alcance para salva-la ou posso ser processado por omissão. Portanto, nós teremos de fazer a cirurgia, e ela será o mais rápido possível, porque não podemos perder tempo. O senhor não vai tocar em mim. (...) (BRUM, 2011, p. 131).

Quando voltado a essas questões equipe médica/enfermagem, surge outros questionamentos que dizem respeito quanto a opção de escolha e posição do sujeito hospitalizado em relação ao seu tratamento, que são causadoras de sofrimento. Normalmente em qualquer instituição hospitalar, os procedimentos a serem realizados no sujeito ali internado, são logicamente ordenados pela equipe médica, mas raramente são consultadas ao sujeito quanto sua execução.

O paciente, é um sujeito de vontades, de subjetividade própria, e sua opinião e sua fala quanto ao que diz respeito ao seu corpo e sua vida deve ser respeitada, o mesmo deve ser consultado acerca dos métodos e meios utilizados para o seu tratamento, principalmente quando em casos de maior gravidade onde não se tem mais uma perspectiva de cura. Busca-se a cura do corpo doente, que é com certeza o principal objetivo de toda equipe institucional, mas se deixa de lado o desejo do sujeito, o mesmo é sujeitado a cumprir com todos os procedimentos a ele designado. Muitas vezes o sujeito já passou por tantas coisas dentro da instituição hospitalar, já foi exposto a tantos meios de tratamento, que a única coisa que deseja é o respeito

acerca da sua vontade quanto ao seu corpo, sua história. São invadidos e não escutados, o maior sofrimento pode não estar somente atribuído a dor física, mas psíquica.

Ocorre que, quando a vontade do paciente não é respeitada, e como no trecho citado, a preocupação médica é com o fato de não ser responsabilizado por isso enquanto profissional, se deixa de lado a singularidade, a subjetividade do sujeito, onde é visto somente como paciente com uma determinada patologia e não como o sujeito que realmente é, que sofre pela sua condição física e biológica, mas que padece principalmente emocionalmente por não ter seu desejo escutado, por não ser notado para além dos sintomas respectivos da doença.

Pensando, por essa via, o confrontar com o sujeito doente da equipe e familiares quanto as suas escolhas e desejos, o desestabilizam ainda mais, o sujeito adoecido quer apenas sua vontade respeitada, não quer ser invadido, apenas escutado enquanto sujeito de desejos e o outro se torna importante neste processo.

O outro tem extrema significância, a palavra e a fala do outro pode afetar qualquer sujeito, em qualquer tipo de relação e em qualquer tipo de condição psíquica em que o sujeito esteja; pois o outro, influi diretamente no nosso modo de ser, agir e pensar. O sujeito enfermo por estar com sua saúde física e emocional fragilizada, absorve com mais significância o discurso do outro. Diante seu estado de sujeito doente, acaba se deparando com falas em conversas ou mesmo especulações a seu respeito, que geram a ele maior sofrimento e medo.

Geralmente quando se está doente, as pessoas se remetem ao sujeito adoecido, com assuntos em que trazem em seu contexto histórias que se caracterizam com aquele sujeito, trazem situações de outros conhecidos que passaram pelo mesmo problema em suas vidas, se houve muito falar: - fulano teve o mesmo problema, mas não durou muito; - fulano quando soube da doença, faleceu em seguida; entre outras, que marcam e contaminam de modo significativo esse sujeito que escuta esses discursos, e que afetam no tratamento e no enfrentamento da doença. O sujeito, ainda se depara com o julgamento alheio e com o sentimento de pena dos outros sobre si, dizem que aconteceu por que não se cuidou; envolvem religião dizendo que fez por merecer, que não tem fé e estava longe da igreja, ou seja, atribuem muitas causas possíveis para a origem da doença, angustiando e muitas vezes revoltando o sujeito adoecido.

O tratamento para com o sujeito doente também pode ser gerador de aflição e amargura, dependendo de como enfrenta o processo de adoecimento, o modo como é tratado pode contribuir para o seu sofrimento. Dessa forma, pode ocorrer situações em que é deixado de lado, fora de rodas de conversas, se tem um cuidado no falar, pelo medo de que pode prejudicar ou de que fulano vai escutar e não pode. Ao ouvir tantos discursos (otimistas ou não), o sujeito pode iniciar uma reflexão sobre si, o levando a pensar acerca de sua saúde, de sua vida; o que acontecerá, o que será daqui para frente. Isso tudo lhe traz questionamentos enquanto sua existência e seu modo de ser, gerando também muitas incertezas.

O sujeito doente apresenta uma significação de infelicidade, ou seja, sente-se infeliz por estar tendo que sustentar-se diante a uma situação que lhe propicia sofrimento, e todo o contexto em que está inserido fortalece ainda mais esse pensamento. Isto tudo originado pela maneira de como o sujeito é tratado dentro da instituição hospitalar e pelo relacionamento estabelecido entre ele e a equipe institucional.

A instituição hospitalar, apesar de falha quanto ao tratamento psíquico do sujeito, onde seu desejo e sua vontade não são respeitados, é vista pelo mesmo como detentor do poder sobre a vida, a morte e sobre o poder de cura; o sujeito ali internado deposita na instituição hospitalar um suposto saber de extermínio de dor e sofrimento. No hospital a falta aparece escancarada, a falta de um desejo, o qual não é correspondido conforme a própria vontade; o desejo da cura, da liberdade, do retorno a vida que o coloca na condição desejante de viver semelhante a anterior à hospitalização, porém, com uma valorização maior da vida.

Apesar de o objetivo e função do hospital recair sobre os cuidados com o corpo orgânico, os olhares para o corpo estão sendo aos poucos direcionados para além desse corpo biológico, onde o sujeito também passa a ser olhado.

### 3. O PSICÓLOGO NO ÂMBITO HOSPITALAR

O processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e suas implicações na vida do paciente e instituição.

Como vimos o processo de adoecimento traz em seu bojo uma desorganização da vida do sujeito, de modo que provoca várias transformações em sua subjetividade. Estas situações podem desestabilizar emocionalmente esse sujeito, que perde a referência de si, e passa a não saber mais quem é e o que vai ser a partir de sua inserção no ambiente hospitalar.

Neste sentido, segundo Angerami-Camon (1984), o Psicólogo junto ao paciente, pode dar o devido suporte emocional no momento em que o mesmo recebe seu diagnóstico; assim como também, esclarecer dúvidas sobre a doença e seu tratamento, não no sentido de tomar para si o discurso médico, mas sim, ajuda-lo no entendimento, que muitas vezes não se dá, devido ao discurso técnico que torna dificultoso o entendimento por parte do paciente; por facilitar a comunicação entre médico e paciente; e ajudar o paciente no enfrentamento da doença; promover ainda, a adaptação do paciente no ambiente hospitalar; preparar a família para lidar com todas as mudanças que a doença acarreta, desde mudanças no comportamento do paciente até mudanças na rotina familiar; trabalhar questões que geram angústias e estresses nos pacientes, familiares e profissionais; e trazer ainda reflexão sobre o lidar com a morte e o morrer, tudo isso, afim, de minimizar o sofrimento e possibilitar um melhor enfrentamento da doença e do tratamento.

Quando o sujeito se depara com a doença abre margem para a reflexão sobre como ele anda conduzindo sua vida, ocorre então, uma resignificação por parte dele. Sob certos aspectos a doença vem como um sinal de alerta para a reflexão do seu modo de ser e viver, que pode não estar sendo compatível com suas possibilidades.

Tendo como principal objetivo a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, segundo o autor "a Psicologia Hospitalar sustenta que a atuação junto ao paciente deve ser absolutamente focal às questões da hospitalização/adoecimento, vinculando essa delimitação às características da instituição hospitalar" (ANGERAMI-CAMON, 1984, p.23).

Portanto, a ação do psicólogo junto ao paciente no que diz respeito ao trabalho psíquico, havendo ênfase naquilo que circunda o paciente abrange questões

ambientais dentro da instituição, assim como o relacionamento com a equipe, e familiares.

Tudo passa a ser invasivo. Tudo passa a ser algo abusivo diante de sua necessidade de aceitação desse processo pelo qual está enfrentando. E até mesmo a presença do psicólogo, que, se não se efetivar cercado de alguns cuidados e respeito a própria deliberação do doente, implica ser mais um dos estímulos aversivos e invasivos existentes no contexto hospitalar, e, em vez de propiciar alívio ao momento da hospitalização, estará contribuindo também para o aumento de vetores que tornam o processo de hospitalização extremamente penosos e difícil de ser vivido. O hospital, o processo de hospitalização e o tratamento inerente que visa ao restabelecimento, não fazem parte dos projetos existenciais da maioria das pessoas.

Conforme o autor:

Ao trabalhar no sentido de estancar os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, o psicólogo estará ajudando na humanização do hospital, pois seguramente esse processo é um dos maiores aniquiladores da dignidade existencial da pessoa hospitalizada (ANGERAMI-CAMON, 1984, p.03).

### 3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Quando situado o fator da humanização; convém falar acerca desse tema como sendo um dos assuntos, senão, o mais importante, comentado e trabalhado dentro da rede pública de saúde e em instituições hospitalares.

Conforme Pasche (2009), a humanização e mesmo a falta dela, na rede de atendimentos e cuidados para com o outro, vem despertando de forma cada vez mais expressiva a atenção da sociedade em torno dessa problemática, devido à grande revolta e insatisfação da população quando voltado a questões de saúde, tanto pela população inserida no campo de trabalho da instituição hospitalar, quanto aos próprios pacientes que reclamavam de maus tratos e eram submetidos a condições desumanas de atendimentos.

Sabe-se que o ser humano, animal racional; diferentemente dos animais, é banhado por uma rede de significantes que modela o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o em sujeito único e com vida singular. Dotados de linguagem, construímos redes, a que compartilhamos com semelhantes, construindo

assim, uma identidade cultural. Contudo essa linguagem, essas palavras podem fracassar, e é por essa via, que o homem passa a fazer uso dela de maneira errônea, a partir dela aniquila pessoas que ao ponto de vista desse, são diferentes ao que se é proposto pela sociedade, pelo meio em que vive.

Mas então, o que é humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Percebe-se também que o desenvolvimento científico e tecnológico, tem trazido tanto benefícios quanto prejuízos a área da saúde; ajuda e facilita na descoberta de doenças e tratamentos, porém elimina a condição humana da palavra. Isso se torna visível, por exemplo, na linguagem técnica do médico para com o paciente, onde a linguagem técnica dos sintomas e das patologias, acaba que eliminando a dignidade ética da palavra. No hospital acontece também, quando os pacientes são tratados como objetos técnicos e não acolhidos quanto a seu sofrimento e suas angústias.

Desse modo, os serviços de saúde tornam-se desumanos, à medida que se revela uma má qualidade nos atendimentos. Assim, a humanização busca dar lugar a palavra ao usuário e ao profissional, para que esse processo ocorra.

Ainda, de acordo com o Manual de Humanização, todo cidadão brasileiro tem direito ao SUS (Sistema Único de Saúde), e a comunidade e o governo são os responsáveis pela coordenação e estruturação da Rede.

Em vista disso, a proposta da humanização é conquistar uma melhor qualidade no atendimento no que diz respeito a saúde dos usuários e trabalhadores, buscando construir uma nova cultura institucional, melhoramento dessa forma o relacionamento entre usuários, técnicos e gestores.

Para tanto, cabe ressaltar acerca do modo de como os cidadãos que trabalham no ambiente hospitalar, são geridos e de que forma essa gestão e maneira de trabalho pode afetar os mesmos em relação aos atendimentos com os pacientes. Contudo, trabalhar estas questões de humanização em meio a uma sociedade que preza tanto



pelo valor econômico, social, pelo imediatismo, pela falta de diálogo, pela busca de resultados, sem pensar no humano como sujeito, torna-se difícil.

O modo de fazer inclusivo é o método da Política de Humanização. Humanizar é incluir, incluir é forçar a produção de novos modos de cuidar, novos modos de organização de trabalho, mais plurais e heterogêneos, os quais se imaginam mais potentes para a produção de saúde e dignificação do trabalho (PASCHE, 2009, p. 1).

Deve-se deixar a exclusão de lado, porém o método da inclusão não é tão simples de ser realizado e trabalhado, pois o ato de incluir requer muitas vezes um defrontamento com aquilo que até então, foi tratado como natural algo desigual, seja relações, atitudes e comportamentos.

Logo, a humanização visa, uma busca por mudanças que se sustenta por uma melhor qualidade no que concerne à saúde e atendimento oferecidos a população, levando em consideração o que a sociedade tem definido como desejável ou não no campo do cuidado à saúde.

(...). Assim, a tarefa da Política Nacional de Humanização é contribuir para os modos de fazer para que o universo da rede SUS, seu enorme contingente de usuários, trabalhadores e trabalhadores investidos da "figura de gestor", experimente novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e cuidar. Sua tarefa é tornar homens e mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Esta é a aposta ética da humanização da saúde (PASCHE, 2009, p. 2).

Quando se fala de paciente, se fala de alguém que necessita de cuidados para além de cuidados com o corpo. Nesta perspectiva, e sobre as situações e modos de tratamento oferecidos na instituição hospitalar aos pacientes, que com frequência queixam-se do atendimento desumano a que são submetidos, a humanização vem sendo bastante argumentada como forma de melhorar os serviços oferecidos pelas áreas de saúde, a fim de propiciar melhor assistência aos sujeitos, desde o acolhimento até a finalização do tratamento que atravessam durante o período em que estão no ambiente hospitalar; visando assim, um modo de cuidar, em que o sujeito passa a ser tratado de maneira mais humana.

Dessa forma, a humanização no ambiente do hospital, surge não somente nos cuidados com o sujeito doente, mas também com os próprios trabalhadores da instituição, que são instruídos e orientados por seus gestores a trabalhar conforme

determinada linha de trabalho. Dessa forma, o modo como são designados os trabalhadores, bem como o modo de gestão de cada instituição, afetam as equipes de saúde que respingam diretamente no tratamento e na vivência do sujeito internado, que sofre com a desatenção, a falta de respeito e de significância a que são submetidos.

Pasche (2009), em seu artigo salienta que: "(...) no campo da saúde no Brasil, as mudanças estão diretamente associadas à produção de novos sujeitos" (p.34). Dessa forma a produção de novos sujeitos e de novas formas de se trabalhar com o humano, vem direcionando um olhar mais amplo para as questões do cuidar, visa uma melhora no atendimento em geral para a população que faz uso dos serviços de saúde, colocando-os acima de tudo em primeiro plano, levando em consideração seus interesses, desejos e suas necessidades.

Gestores, trabalhadores e usuários da rede de saúde, consideram a humanização uma mudança considerável frente a tradição de gestão do trabalho na saúde até hoje observada, onde se repete continuamente questões a respeito das práticas da área da saúde como desumanizantes, onde o trabalhador é visto como recurso e o sujeito doente apenas como objeto. Esta visão e modo de tratamento é o que a Política Nacional de Humanização pretende extinguir.

Entre alguns dos conceitos introduzidos para construção e reorganização dos serviços de saúde e também do trabalho, com notoriedade destacam-se:

Tomar o adoecimento humano como fenômeno complexo, o que exige ação articulada e integrada entre múltiplos territórios de saberes e práticas; a produção de saúde como projeto de ampliação da autonomia com o outro (...). Compreender que o cuidado é sempre singular e sua potência como promotora da vida decorre da qualidade da relação entre os sujeitos (PASCHE, 2009, p.34).

Sendo assim, quanto ao sujeito hospitalizado, percebe-se que estão envolvidas questões para além do adoecimento, onde uma rede de cuidados e pessoas se fazem presentes e influenciam diretamente em todo processo de hospitalização e institucionalização. Cada sujeito tem sua singularidade, tanto o paciente como o trabalhador da área da saúde, e os mesmos devem ser compreendidos quanto aos cuidados direcionados a eles; resultando assim, em um melhor relacionamento, e visando tornar o campo da saúde o mais humanizado possível, onde possam lidar de maneira mais solidária e humana com o sofrimento.

Dessa forma, percebe-se a importância fundamental de tornar e inserir a instituição hospitalar e a rede de saúde como um todo, desde sua gestão e equipe, a um modo de trabalho que visa a humanização como fundamento de uma nova estrutura e cuidados para com o outro, com o intuito de amenizar o sofrimento e facilitar relações entre paciente e rede de saúde.

### 3.2 ESCUTA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO

O método psicanalítico, a interpretação e a escuta do desejo no hospital é uma escuta diferenciada do olhar das ciências biológicas e do olhar institucional porque escuta o sofrimento do Eu sob o mando do desejo. No hospital, essa escuta tende a enunciar mediante uma demanda, seja ela de dor, de saber, de amor, de escuta que o sujeito sofre por tentar manter-se na ilusão de completude. É preciso supor que exista pela demanda do corpo um sujeito do desejo e do suposto saber.

Logo, a doença, o adoecimento e a hospitalização, ao apontarem os enunciados finitude e extinção do sujeito, fazem nascer um corpo enunciação, um sujeito do inconsciente. O corpo enunciação, surge pela percepção de não controle do sujeito sobre si mesmo, e em decorrência dessa posição de não controle de si e da situação é que surge o mal-estar subjetivo e o sofrimento, pelo jugo dos quais o sujeito clama pela escuta, instaura-se uma outra relação entre o sujeito e seu corpo. A escuta revela o sujeito de desejo, e esta é a nova relação que se instaura no sujeito doente. A denegação do corpo no sujeito hospitalizado, é a denegação do sujeito que sofre, impossibilitado de olhar para si.

Quando voltado a questão do sujeito hospitalizado, diante do modo de tratamento, considerado por muitos ainda desumano; a escuta e a conversa com esses sujeitos, proporciona a eles uma atenção a qual o próprio sujeito ali não recebe.

De acordo com Alonso (1988), a escuta ocupa um lugar significativo, por constituir-se de palavras ditas e silenciadas; sendo assim, a linguagem vai além do simples ato de comunicar algo a alguém. Conforme a autora:

Ao introduzir o conceito de inconsciente, Freud coloca a fala em outro lugar, alguém que fala e ao fazê-lo diz mais do que aquilo que se propunha. Neste falar, em certos momentos, a lógica consciente se rompe, se desvanece e algo diferente se torna presente, manifestando uma outra lógica. A lógica do processo primário, presente no lapso, no sonho, no chiste, no esquecimento, na frase contraditória, no duplo sentido de uma frase que Freud manda Dora

escutar quando lhe diz: "Memorize você bem suas próprias palavras. Talvez tenhamos que voltar a elas. Você falou, textualmente, que durante a noite algo pode acontecer que obrigue alguém a sair do quarto".

No falar, o próprio sujeito se escuta. No ambiente hospitalar o sujeito em sofrimento necessita ser escutado quanto as suas angustias e sentimentos; por essa via, o fato de poder falar acerca de suas questões e ser escutado lhe proporciona alívio, além de fazê-lo sentir-se acolhido.

Na instauração da situação analítica, ao propor a regra fundamental - a livre-associação e o seu reverso, a atenção flutuante - se produz um desfraldar da palavra. No seio da associação livre vai-se produzindo um descolamento da imagem, do fato como fixo, e este vai-se incluindo em múltiplas imagens caleidoscópicas cujas combinações possíveis se multiplicam e onde o ritmo, a cadência, a intensidade maior de alguns fonemas, a excitação explícita no gaguejar de uma palavra, o sentido duvidoso de uma frase mal construída, tudo isso vai dando tonalidades diferentes a estas figuras que não passam despercebidas à escuta sutil da atenção flutuante. Ao mesmo tempo, ao ser escutado pelo analista, o próprio sujeito que fala se escuta (ALONSO, 1988).

Desse modo, a partir da escuta, o sujeito ainda pode passar por esse processo de uma maneira diferente, se sentindo confiante e bem amparado para o enfrentamento da doença e da hospitalização.

Coelho e Ferreira (2015), desenvolveram por meio de uma pesquisa de campo em um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, um estudo acerca da importância da escuta, focado nos cuidadores de sujeitos hospitalizados que não possuem mais possibilidade de cura e que estão em um processo e necessitam de cuidados paliativos. Trazem depoimentos e relatos de pessoas, as quais entrevistaram, que passaram e ainda passam pela experiência da hospitalização do ente internado e do processo de enfrentamento e cuidados no acompanhamento desse sujeito.

Os autores colocam que nas escutas e relatos de quem enfrenta o processo de adoecimento junto ao familiar doente, e nestes casos mais especificamente, de sujeitos aos quais não se atribui uma possibilidade de melhora e de perspectiva de vida, se percebe o quanto esse sujeito, esse cuidador sofre e o quanto a conversa e oferta de escuta o ajuda no enfrentamento desse momento em que com angústia e dor tem que enfrentar.

O sofrimento é percebido no olhar, nos gestos, no comportamento do sujeito que tenta no máximo possível cuidar daquele que ali padece e inspira por cuidados e atenção, e que necessita ser tratado com sutileza. Esse cuidador, assim como o

próprio sujeito doente que passa por processos de negação, depressão e aceitação, é inserido nessa mesma condição diante do adoecimento e na certeza da perda desse próximo. Esta negação, se dá porque não se aceita essa nova condição, onde nega a existência da doença, não dando a devida importância e não se considerando doente, muitas vezes até argumenta ser erro médico.

O familiar, cuidador, vive diariamente com o medo e com a incerteza do que e quando algo possa vir a acontecer, sofre constantemente, e sua estrutura familiar e rotina muda completamente, como se percebe claramente em alguns dos depoimentos trazidos por Coelho e Ferreira (2015), em seu trabalho de pesquisa: “A família desestruturou todinha, muito, até desarmonizou um pouco. Há muita cobrança uns dos outros, quem vem mais, quem está fazendo mais” (sujeito 3).

Ocorre uma desestruturação familiar, e além do sofrimento advindo da perda do ente querido, o sujeito tem que enfrentar outras questões que englobam seu modo de vida, sua rotina e suas relações sociais, ou seja, tem que dar conta de uma só vez de toda essa gama de emoções, mudanças e sentimentos, que por sua vez, aumentam o seu sofrimento diante de toda esta situação. “A vida muda, a vida da gente muda completamente. Você fica ligada na doença, sua cabeça fica na doença, hospital, hospital, papai, a doença, o que vai acontecer? (...). Muitas coisas você não pode mais fazer, como viajar, porque de repente pode acontecer alguma coisa” (sujeito 4).

Diante disso, e nessa circunstância em que não se tem nada mais a fazer a não estar ao lado de quem sofre, e por muitas vezes não suportar o sofrimento deste familiar que padece ali adoecido e em sofrimento físico e psíquico, muitos familiares costumam enxergar a morte como uma solução e como alívio para aquele que padece, por não mais suportarem ver o sofrimento e não poder fazer nada para mudar a situação. E por pensar dessa forma, muitas vezes se culpam e se condenam, como o relato de um dos entrevistados, que traz essa questão: “Então, passei a esperar que Deus tivesse compaixão e o levasse, para parar de sofrer (...) Digo para minha mãe que, por pior que seja, a melhora do meu pai é ir para o céu. Agora, não tenho expectativa nenhuma de melhora. O melhor para ele, no momento, é Deus acolher ele, porque não tem cura, não tem solução” (sujeito 6). “Conversei com o padre e pedi perdão a Deus por pedir para o meu pai descansar. É muito sofrimento. Nessa hora peço a Deus para dar descanso para ele” (sujeito 7).

Assim, verifica-se a importância de um profissional que escute e de suporte para além do paciente, também com os cuidadores que sofrem tanto quanto, ao ver o familiar em uma situação indesejável de adoecimento.

Acompanhar um ser humano que está sofrendo ou morrendo é um dos maiores desafios que o cuidador pode enfrentar. Trata-se de um processo permeado por crises de medo e insegurança. Não há receita ou maneira correta de acompanhar esses pacientes, porque o morrer de cada um é tão singular quanto seu viver. Daí a importância dos cuidados paliativos, que ensina a promover a qualidade de vida na terminalidade, com atenção integral ao doente e a seus familiares (COELHO e FERREIRA, 2015).

Portanto, o adoecimento e o sofrimento do sujeito em processo de hospitalização e de seus cuidadores, seja, em virtude de qualquer doença de caráter terminal ou não, exige uma escuta e atenção para além do sofrimento físico desses sujeitos, voltado para as questões de sofrimento psíquico originados por esse processo de enfrentamento, onde esses sujeitos se encontram fragilizados e debilitados.

Em suma, essa escuta que o profissional da Psicologia pode oferecer a esses sujeitos visa minimizar o sofrimento dos mesmos, ajudando-os no enfrentamento da doença. Ter alguém em que o paciente e familiar possa confiar seus sentimentos, sua história de vida, sem julgamentos e suposições, o fará sentir-se olhado como um sujeito para além de sua patologia, não mais como um objeto, mas sim, como sujeito único e singular, que possui história, desejos e vontades; mediante seu próprio modo subjetivo de viver e existir.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando um paciente é internado pode existir uma cisão de sua história o que pode causar fatores estressantes, decorrentes do sofrimento, da sensação de abandono, do medo do desconhecido; essa situação lhe causaria fantasias e temores. Percebe-se, contudo, que o lado subjetivo desse sujeito não é escutado, ele está ali somente, como portador de determinada enfermidade.

No ambiente hospitalar, confrontam-se de forma ambivalente e paradoxal sentimentos como vida e morte, cura e sofrimento, qualidade de vida plena e limitada, alegrias e tristezas. O medo de morrer e a insegurança levam o sujeito a um desconforto físico, moral e psicológico.

Os sentimentos dolorosos são provenientes, muitas vezes, da forma como são tratados nesse ambiente, como se perdessem sua identidade de sujeito. Há um cuidado desumano, ocasionando no indivíduo um descontentamento, capaz de gerar depressão, sofrimento emocional, estresse, e em consequência a isso, piorar seu quadro patológico.

Dessa forma, o Psicólogo busca minimizar o sofrimento do sujeito no processo de internação hospitalar, a fim de escutá-lo quanto ao seu sofrimento psíquico, seus medos, temores e angústias; para que assim, possam ser vistos para além da doença que os acomete, fazendo com que se sintam acolhidos e olhados de um ponto de vista mais humano dentro da instituição. Dessa maneira, acabam também por proporcionar a eles uma melhor condição psíquica para o enfrentamento da doença e da hospitalização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, L. S. *A escuta psicanalítica*. São Paulo: Livraria Pulsional, 1988.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. *Psicologia hospitalar: A atuação do Psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984.
- BRUM, E. UMA/DUAS. São Paulo: Tainã Bispo, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Morrendo como objeto; o sistema médico hospitalar faz de nós violentados: em vez de viver o luto, temos que lidar com o trauma*. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/01/23/opinion/1485169382\\_907896.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/01/23/opinion/1485169382_907896.html). Acesso em: 26/08/2017.
- COELHO, M. E. M.; FERREIRA, A. C. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do Outro. *Revista Bioética*. V. 23, nº2. Brasília: maio/agosto, 2015.
- FREUD, S. (1927-1931). *O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. São Paulo: Imago, 1996.
- GOMES, D. R. G.; PRÓCHNO, C. C. S. C. O corpo doente, o hospital e a Psicanálise: desdobramentos contemporâneos. *Saúde e Sociedade*. V. 24, nº 3, p. 780-791. Setembro, 2015.
- GOULART, D. R. *O corpo psicanalítico no hospital*. Tese de mestrado apresentada a Universidade Federal de Uberlândia. 2008.
- GRAÇAS, E. M. *A experiência da hospitalização: uma abordagem fenomenológica*. Tese de doutorado apresentada a Universidade de São Paulo. 1996.
- ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Revista brasileira de enfermagem*. V. 51, nº 2, p. 253-262. 1998.
- PASCHE, D. F. Humanização e os hospitais brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores. *Revista Médica de Minas Gerais*. V. 19, p.1-2. 2009.



RIO GRANDE DO SUL. Política de Humanização da Assistência à Saúde. *Manual da humanização*. Disponível em: <http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/>. Acesso em: 29/08/2017.

VÍCTORA, L. G. Corpo real, corpo simbólico, corpo imaginário. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA)*. Nº 49, p. 44-56, jul-dez, 2015.