

FERIDA NARCISICA E LUTO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Trabalho realizado no campo da Saúde Mental (relatório de estágio obrigatório)

2018

Fabiane Alves Rodrigues Pires Barbosa

Graduanda em Psicologia, com ênfase na Promoção da Saúde Mental e também em Processos Clínicos. Experiência em Hospital Oncológico e Clínica Ampliada com adultos e crianças na modalidade de estágio (Brasil)

E-mail de contato:

fabianerodrigues76@hotmail.com

RESUMO

Foi de acordo com o modelo biopsicossocial que o estágio básico obrigatório efetuou-se, com o objetivo de atender os pacientes e familiares que se encontravam em tratamento no hospital, apresentando para os que ainda não tinham conhecimento sobre o que é o trabalho do psicólogo no hospital. Neste caso, é necessário deixar claro de que lugar foi considerado o sujeito nestes atendimentos de estágio, ao perpassar por esta prática a psicanálise foi a base teórica utilizada, ela esta a serviço da subjetividade, da singularidade, do desejo do sujeito com toda sua irracionalidade, obscuridade e equivocidade. No entanto, o propósito deste trabalho foi compreender o modelo de clínica ampliada dentro do ambiente hospitalar. Ao falar da psicologia hospitalar, é necessário perpassar pela reformulação do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, cuja sua emergência se deu a partir do início do século XX (MARCO,2006). É neste processo que se deu espaço para o campo da psicologia nos hospitais, onde a equipe multidisciplinar também trabalhasse com o psicólogo a fim de conseguir utilizar do olhar humanizado, para o sujeito assim como na prática psicológica. Com este intuito de vivenciar na prática a teoria estudada em sala de aula, surgiu o interesse de realizar o estágio obrigatório no âmbito hospitalar, e aproveitar que o modelo biomédico já ultrapassado, deu espaço para uma nova versão da definição de saúde, não significando mais apenas ausência de doença. Sendo assim a promoção da Saúde inicia como nível de atenção em saúde e ressurgiu como exemplo de reorganizar a intervenção. Não se trata de uma nova teoria geral sobre saúde, mas é um método que sustenta em conhecimentos de diversas áreas

e em princípios como autonomia, responsabilidade, justiça. Ela questiona o modelo biomédico, não para substituí-lo, mas para ultrapassá-lo em seus resultados, superar suas insuficiências e conter seus malefícios. O modelo biopsicossocial sendo implantado deu espaço para a psicologia, que tem este olhar de forma mais humanizada para o indivíduo passando a perceber a singularidade e a complexidade do indivíduo. O trabalho do psicólogo junto à equipe multidisciplinar é imprescindível, visto que o papel do psicólogo é um conjunto com a equipe multidisciplinar e de modo algum poderia ser vista como uma prática a parte para com o paciente ou apenas como vulgarmente é falando “apaga fogo” esporadicamente. Partindo do princípio de que um hospital de câncer, o profissional da psicologia junto à equipe, tem um intenso trabalho com relação à questão de luto dos pacientes. Neste contexto a psicanálise tem uma ampla gama de literaturas para falar sobre o assunto, sem deixar de lado a ética psicanalítica, aprofundar um pouco na reflexão de que o enlutado não seria apenas aquele que perdeu um ente-querido, mas também aquele que perdeu parte do seu narcisismo corporal.

Palavras-chave: Hospital, narcisismo, luto, cuidados paliativos, clínica ampliada.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. O TRABALHO NO HOSPITAL

Este relatório se baseia no estágio realizado no hospital do câncer Alfredo Abrão na capital de Mato grosso do sul cidade de Campo Grande. Do lugar em que a psicanálise se posiciona, considera-se que o trabalho da psicologia hospitalar é ajudar o sujeito a fazer a travessia do adoecimento, com isto, nos damos conta de que essa travessia pode ser efetuada de diversas maneiras, pretendendo objetivos diferentes de acordo com cada pessoa, enfocando aspectos múltiplos e valendo-se de variados recursos teóricos e técnicos.

O trabalho do psicólogo nesse ambiente, em razão de lidar com um tipo de “artefato” diferente a Vida e o óbito; o que distingue a atuação do psicólogo nessas instituições, e as torna um tanto quanto difícil. Entendendo que o âmbito hospitalar é mais lugar de vida do que morte, pois este ambiente é a esperança de uma cura, onde o paciente está na busca de cuidados para uma vida melhor, no entanto jamais se deve excluir o fator morte desta esfera.

Entretanto, o prolongamento da vida não tem impreterivelmente implicado na melhoria da qualidade de vida na velhice ou após processos de adoecimento. Galriça Neto (2010) salienta que a intensidade da procura pela cura das doenças e o aprimoramento dos recursos da área da saúde conduz a uma cultura de negação da morte, preterindo para segundo plano as intervenções de saúde que promovam um final de vida digno, sem a garantia da cura ou seja, denominados cuidados paliativos; a morte passa a ser negada e encarada como derrota ou fracasso pelos profissionais de saúde e também pelo paciente e familiares.

Alguma das praticas para promover a saúde em cuidados paliativos, seria: Capacitar a comunidade para ajudar e cuidar de pessoas que estejam com doença terminal; valorizar a autonomia e iniciativa; promover atividades que favoreçam a qualidade de vida; Permitir que o paciente viva tão ativo quanto possível. Contudo promovendo a chamada eficácia terapêutica sendo a: expectativa do paciente; habilidade na escuta; intervenção individual e em equipe; comunicação não verbal; registro de condutas, todos estes unidos a técnicas, humanização, respeito e criatividade (ROMANO, 1999).

Segundo Belkis os médicos e os profissionais da saúde se deram conta de que há um lado “obscuro, inconsciente” que gera divergências, e lamurias, que problematizam a evolução e diminuem a eficácia terapêutica prevista. Motivo também para mudança de comportamento é a percepção que um médico mais sensível deve ter do processo de ajustamento e da morbidade psicológica do paciente com câncer. Questões emocionais podem alterar as reações e habilidades, remodelando a aderência ao tratamento e possibilitando a tomada de decisões que fazem diferença em suas chances de sobreviver. Sendo assim torna-se indispensável o compartilhar do psicólogo de “parecer” passa para “encaminhamento” (ROMANO, 1999). Esta exigência de humanizar todo e qualquer tipo de atendimento é de suma importância para todas as áreas, humanizar significa particularizar, atender as circunstância e necessidades individuais (MARCO,2006).

O que ocorre no hospital por exemplo é que muitas vezes o paciente não tem uma boa rede de apoio, ou mesmo estar em um âmbito hospitalar o coloca muito de encontro com ele mesmo, sem contar o medo da morte que em suma os pacientes tem, de ver a morte de perto, o sofrimento do outro ao lado ou mesmo de si, tais comportamentos e sentimentos provocam uma agitação nos pacientes e a dificuldade de aceitação ao tratamento, e a vontade deles de ir embora e ou talvez fugir aumenta, e nestes momentos a psicologia é muito convidada a estar presente mesmo que para amenizar o conflito instaurado momentaneamente.

A psicanálise não é uma psicossomática. Ela cuida da dimensão subjetiva de toda e qualquer doença. Não é preciso que haja uma doença supostamente causada pelo psiquismo do paciente para que a psicanálise entre em campo. Ela se coloca a envolver-se dos cuidados dispensados a toda e qualquer doença no hospital desde que haja um sujeito envolvido. E qual a doença em que não há um sujeito envolvido? (SIMONETTI, 2015) É bem esta a pergunta que devemos sempre nos fazer

ao trabalhar na área hospitalar, é preciso sempre enxergar que há sempre um sujeito junto com aquela doença e esta compreensão nem sempre é pautada pela linha de frente da equipe médica, enfermeiros estes que tem de lidar todo momento com a doença em si, mas também com o sujeito que esta ali diante do seu olhar.

O trabalho do psicólogo junto à equipe multidisciplinar é imprescindível, visto que o papel do psicólogo é um conjunto com a equipe multidisciplinar e de modo algum poderia ser vista como uma pratica a parte para com o paciente ou apenas como vulgarmente é falando “apaga fogo” esporadicamente. Partindo do principio de que um hospital de câncer, o profissional da psicologia junto à equipe, tem um intenso trabalho com relação à questão de luto dos pacientes. Neste contexto a psicanálise tem uma ampla gama de literaturas para falar sobre o assunto, sem deixar de lado a ética psicanalítica, aprofundar um pouco na reflexão de que o enlutado não seria apenas aquele que perdeu um ente-querido, mas também aquele que perdeu parte do seu narcisismo¹ corporal (MACHADO,2016).

2. ESTÁGIO OBRIGATÓRIO SUPERVISIONADO

Neste relatório de estágio supervisionado final, retrata conceitos teóricos e práticos supervisionado, é pautado na grade curricular do aluno ao se matricular no curso de psicologia, e estes conforme amparado juridicamente pelo país, tem leis que nos delimitam o trabalho do estagiário no ambiente do estágio contratado. No campo inerente a responsabilidade do psicólogo, exclusivamente deve atuar na profissão quem possui o Diploma de Formação em Psicologia, cujo currículo prevê o Estágio Supervisionado (obrigatório) como mecanismo de traquejo que contribui para venturo desempenho profissional. Para elucidar que a pratica profissional é função do psicólogo, isto é, direito deste, de acordo com a Lei N° 4.119/62 e o Decreto N° 53.464/64. Na Compilação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia (N° 004/86), Título IV (do Exercício Profissional), nota-se que alguns problemas nesta prática são previstas provenientes da legislação, regularmente inspecionadas no exercício do estagio e supervisão (JUNIOR, A. L. C.; HOLANDA, A. F, 1996).

¹ narcisismo - Atração, normalmente física, por si mesmo. Narciso, figura mitológica grega, apaixonou-se pela sua imagem refletida num lago e ao querer agarrá-la caiu nesse lago. Quando exagerado, pode falar-se de uma neurose narcisista. (Dicionário de psicologia)

Pode-se precisar o estágio como: "o conjunto de atividades supervisionadas, de cunho profissionalizante, que legalmente o aluno deve cumprir para complementar seu currículo acadêmico" (Witter, Gonçalves, Witter, Yukimitsu & Napolitano, 1992, p. 182).

Como ressalta JUNIOR e HOLANDA (1996) o exercício de supervisão consegue ser definida como aprendizado com propósito de possibilitar progresso profissional, consentir o aprendizado de técnicas a partir da prática, conduzir a constituição de condutas e praticas profissional, com ligação ao manuseio dos instrumentos e atendimento do cliente.

Contudo a prática destes estágios só agrega os acadêmicos movimentando todos estes pontos positivos citados, além de contar como horas de experiência para o profissional quando este estiver inserido no mercado de trabalho específico de sua formação acadêmica, já para a instituição que recebe o acadêmico, do mesmo modo tem benefícios, este que muitas vezes cumpre com a lei do país que atende pelo nº 6.494, e é datada de 7 de dezembro de 1977, referente a obrigatoriedade do estágio obrigatório e em alguns casos como por exemplo em hospitais oncológicos a obrigatoriedade de se ter na equipe multidisciplinar a presença do psicólogo, conforme preconiza a Lei PORTARIA Nº 3.535, DE 2 DE SETEMBRO DE 1998 - Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR

No decorrer dos estágios, os atendimentos eram realizados nos leitos da enfermaria e Quimioterapia tanto para os pacientes, quanto para seus acompanhantes, em suma oferecido uma pequena explicação simples sobre o que é a psicologia no âmbito hospitalar, também ofertado à escuta, acolhimento, observação e utilizamos a psicoterapia breve sempre que necessário, e depois encaminhados para o ambulatório de Psicologia, afim de que o paciente desse continuidade ao acompanhamento psicológico.

Nos setores da enfermaria eram atendidos em média cerca de 20 pessoas a cada manhã de estágio, no setor de quimioterapia esse atendimento ficava um pouco maior em torno de umas 27 pessoas em média dependendo do dia, por manhã. Cada atendimento prestado era feito e evolução do atendimento, relatando no prontuário do paciente um resumo sucinto do atendimento do dia daquele paciente. Este registro é feito para o controle do hospital e também como forma mais pratica da equipe multidisciplinar trabalhar com cada paciente seja ele, internado ou qualquer outro atendimento recebido dentro do âmbito hospitalar.

O Hospital de Câncer de Campo Grande - Alfredo Abrão (HCAA) - Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul (FCPMS) é uma entidade filantrópica, beneficente e sem fins

lucrativos. Trata-se do único hospital especializado em oncologia de Mato Grosso do Sul, possuindo médicos e profissionais de enfermagem de alta qualidade que atendem 98% de pacientes oriundos do SUS. A admissão dos pacientes se dá pelo Sistema de Regulação (SISREG), conforme normas do Ministério da Saúde.

O HCAA realiza atendimentos voltados ao diagnóstico (consultas e exames), tratamento (cirurgias, medicações, quimioterapias, radioterapias, braquiterapias, hormonioterapias), reabilitação (psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição) e à prevenção (palestras e campanhas) relacionados à doença.

HCAA possui 64 leitos, sendo 10 UTI, 10 consultórios, áreas de Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico com 3 salas cirúrgicas, espaço Day Clinic para procedimentos/cirurgias de pequeno porte, Central de Materiais Esterilizados, Exames Laboratoriais e de Imagem, Farmácia, áreas de Quimioterapias e Radioterapias e demais dependências.

Doença crônica como o câncer, por exemplo pode produzir malefícios como dor, desconforto, baixa autoestima, incerteza quanto no destino, vontade de suicídio, medos, pânico, transtornos gerais e específicos de conduta, dificuldades no relacionamento familiar e interpessoal, ansiedade, depressão, entre outros (Evans, 2006; Kersting et al., 2004; King et al., 2006; Miyazaki, Domingos, & Valerio, 2006; Valerio, 2003).

Sendo assim, os atendimentos realizados no estágio obrigatório, tratou-se de atender todas estas demandas, em um processo gradativo, utilizando-se da abordagem da psicanálise e suas técnicas, de acordo com o possível no ambiente do hospital e o desdobramento de uma psicologia clínica hospitalar.

3. PSICANALISE E O NARCISISMO NO HOSPITAL ONCOLOGICO

Durante todo o tempo de estágio obrigatório realizado no HC – Hospital do Câncer, experienciei diversos tipos de atendimentos e pacientes diferentes, dito isto, parto para o principio de que há uma ferida narcísica predominante entre os pacientes que faziam o tratamento no hospital.

Em 10 de novembro de 1909, Freud havia manifesto que o narcisismo era uma fase intermediária fundamental entre o auto-erotismo e o amor objetal. Ao adentrar no assunto já pensado por Freud anteriormente, incluo o ambiente hospitalar oncológico, sem deixar passar a subjetividade de cada individuo.

Posição Narcisista demonstra um ponto de vista, uma forma de o sujeito enxergar a si mesmo, aos outros e ao mundo que o cerca. Esse ápice de visualização que oscila com as diferentes posições que o sujeito assume diante do que está sendo observado, pensado e sentido, estabelece uma forma de o sujeito ser e de comportar-se na vida entre as nuances que vão ocorrendo (ZIMERMAN, 2007).

Fundamentado na reflexão de que a resistência em desfazer os vínculos libidinais com o objeto perdido depende muito da subjetividade de cada um: como foi construído seu repertório psíquico e organizado o seu “Eu” depende muito das vivências particulares do indivíduo, e em alguns casos se discute a possibilidade de ser impossível. Neste contexto a presença do psicólogo no âmbito hospitalar, é tão importante quanto à do enfermeiro, por exemplo, pois o psicólogo vai fazer com que este sujeito, não fique apenas com os cuidados medicamentosos, não menos importantes, mas que para um indivíduo, torna-se um conjunto de fatores a serem trabalhados (MACHADO,2016).

Contudo o psicólogo hospitalar pode levar o paciente a lidar com sua posição narcísica, e de forma naturalizada conseguir trabalhar este processo de intercorrências em seus sentimentos. No campo da oncologia, acompanhei discursos de pessoas que faziam tratamento de quimioterapia ou as vezes internados, que estavam em sofrimento e com dificuldade na adesão ao tratamento, pois sentiam muita vergonha da doença e do corpo mutilado pelo tratamento, fatos que nos depõe a questão da ferida narcísica instaurada nos pacientes em geral.

Na psicanálise, corpo não é só organismo, diz também da subjetividade do sujeito humano. Na teoria freudiana, por exemplo, o conceito de corpo está intimamente ligado aos conceitos de eu, de identificação e de narcisismo (MORETTO, 2006). Contudo a mutilação para uma mulher, por exemplo, do cabelo que caiu, ou a própria cirurgia que retira a mama, é vista como uma perda de sua identidade sua feminilidade (ARAUJO, 2015). É real este sentimento em suma entre as mulheres, de perda da feminilidade, o desencontro com seu eu.

Freud (1914) também nos fala de algo indispensável para a vida mental, que é transcender os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos. De acordo com este discurso aponta que a ânsia surge quando a concentração de energias mentais do ego com a libido excede certa dose. Um egoísmo forte estabelece uma preservação contra o adoecer, no entanto como último mecanismo, começamos a amar com o propósito de não adoecermos. Somos seres de afetos, entre meio a doenças ou ausência destas, precisamos e tendemos sempre a nos expressar através destes afetos que nos movimenta a cada momento vivido.

Arrisco-me a entender que, este “amor” ou “apego” do narcisismo está atado com a vontade do sujeito com câncer, de vida, amor para consigo mesmo e também aos outros que o rodeiam, numa tentativa de se ressignificar, no mínimo de compreender todo o turbilhão de situações

decorrentes de um tratamento contra um câncer. A despeito do trabalho clínico assim como estabelecido por Freud (1890/1905), conduzir a pessoa a recuperar a magia das palavras, é preciso reconhecer que em certas situações limites, as palavras são faltantes.

Para Freud (1914/2006), um sujeito aflito em decorrência de uma dor ou mal-estar orgânico ela deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, posto que não tem relação com seu sofrimento. Desta forma, o paciente afasta o empenho libidinal de seus objetos de amor; e se debruça no sofrimento, deixando de amar. E explica diante dos estudos psicanalíticos “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (p. 89).

Para tanto é importante entender que no momento em que o psicanalista aparece nesse contexto e oferece sua escuta, concomitantemente ele acolhe a queixa do paciente e também se nega a satisfazer as demandas, oferta ao sujeito uma perspectiva de reavivar seu desejo. Para psicanálise nos atendimentos hospitalares, este processo está qualificado como ponto de partida. Além do que, segundo Moura (2000), também é necessário que o psicanalista abra mão de seu narcisismo e se disponha a frente de uma demanda inespecífica para o paciente. No entanto, é necessário que a queixa do paciente internado se transforme em demanda direcionada para o psicanalista neste sentido o sintoma passa do status de respostas para o de questão (GEOFFROY;MACHADO,2018).

Diante disto, Rodrigues (2000) nos contribuiu ao dizer que no início da psicanálise dentro do hospital “[...] nada de grandes interpretações, nada de grandes atos. Aqui, mais do que em qualquer lugar, o narcisismo do analista é colocado à prova. Abrir mão do seu narcisismo se torna mais do que nunca uma posição ética” (p. XXII).

Tanto no âmbito hospitalar quanto em consultório, os resultados de uma interpretação mostram-se tardiamente, um meio esperável, visto que o propósito da interpretação é colocar em movimento um processo de elaboração e para alcançar um resultado prático demanda tempo para o acontecimento. No âmbito hospitalar oncológico, onde os atendimentos tem uma grande rotatividade em decorrência destes não estarem por diversos motivos todos os dias sendo submetidos a algum tratamento, esses efeitos tem a probabilidade de serem menos visíveis ainda, sendo que dificilmente o paciente perdura sob atendimento cujo tempo seja suficiente para que resultados se mostrem (SIMONETTI, 2015).

Lacan conceitua, no *Seminário 10*, que o *objeto a*² condiciona o desejo sob as formas de desejo oral, anal, escópico e voz. No entanto o que é relevante neste momento é a aspecto escópico, ou seja, em que o desejo está interligado à imagem. O desejo, para Lacan (1962-1963/2005), é a função de um corte que aparece no campo do olhar, desde o início da nossa relação com o outro. Assim, a partir dos estudos de Lacan, o *objeto a* como um objeto faltoso leva ao desejo, e se conserva uma relação muito próxima com a falta, o que nos leva a conclusão de que o objeto a, é causa de desejo. Portanto é este objeto faltoso, que remete a causa de desejo. A proximidade da Coisa é intolerável e mata qualquer sentimento estético (ARAUJO, 2015).

Nesta linha de raciocínio, compreende-se que o sujeito em tratamento oncológico é faltante, e quando lhe é tirado este desejo do objeto, esta ausência do “amor”, o que lhe imprime na maioria das situações é o terror para com aquele corpo mutilado, que em seu entendimento não se enxerga mais, seu narcisismo fica vulnerável. Este sujeito segundo Freud (1914) buscam incontestavelmente a si mesmo como um objeto amoroso, e revelam um tipo de escolha objetal denominada narcisista.

4. O LUTO

Neste tópico pontuo que o assunto Luto, abrange uma ampla construção de saberes diferentes, no entanto quero explicar um pouco do lugar que a psicanálise explica o ponto de vista dos sentimentos de luto que o sujeito vivencia, durante um processo de perdas e ganhos corporais, diante de um diagnóstico de câncer e ao submeter-se aos tratamentos oferecidos para tal, considerando que estes tratamentos são invasivos e dolorosos tanto físicos como emocionalmente.

SIMONETTI (2004) marca que no contexto de uma internação hospitalar e também o processo do adoecer, é visto como um cenário que acontecem perdas. E para que o paciente não se entregue ao total *caus*. Há uma demanda de um trabalho de ressignificação e religamento de energia psíquica, onde ele consiga se reorganizar no sentido de conseguir lidar com a proporção da própria perda.

Neste princípio o luto dentro do contexto hospitalar trata-se de uma questão inevitável. Entretanto, há pessoas que podem lidar de uma melhor maneira com esta perda do que outros.

²*Objeto a* - Na teoria psicanalítica de Jacques Lacan, *objet petit a* representa o objeto inalcançável do desejo. Às vezes é chamado de objeto causa do desejo. Modo como se constitui o objeto do conhecimento e desejo.

Nessa premissa entende-se que o luto não se dá, apenas na perda de alguém que se gosta muito, mas também danos significativos (reais ou ideais), que se desenvolve como um desarranjo para o sujeito, mas que deve ser vivido e olhado de frente, praticamente um processo de reconserto de si (MACHADO,2016).

A percepção que o paciente tem de si, ao colocar-se como digno de dó por estar submetido a este processo de tratamento contra um câncer, este sentimento o posiciona em uma condição de regresso junto ao tratamento, pois neste sentido este sujeito é colocado a ver do olhar do outro como merecedor de pena, e acaba se isolando do contexto social, fatos estes que depõem a importância da equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar que faça o trabalho de acordo a sempre prezar pelo bem estar do paciente.

Seguindo esta análise de pensamento, independe da intervenção técnica do psicólogo no hospital, ele a todo tempo estará lidando com alguém enlutado, pontuando aqui o luto do corpo até então funcional e capaz, que, por algum motivo, entregou-se à doença, ao envelhecimento ou qualquer outra aflição que deu lugar a parte de sua vida. É nesta categoria de perda, que o sujeito entra no hospital oncológico para desfrutar de um tratamento, lugar este que seria mais de cura que de morte, no entanto este sujeito subjetivamente já se encontra enlutado, com uma falta concretizada da realidade (MACHADO,2016).

Na psicanálise em âmbito do hospital leva-se em consideração o individual o que ocorre em nível consciente e inconsciente de um indivíduo solicitado por condições da vida a se haver com a falta de algo ou pessoa que até determinado momento existia em sua construção psíquica como objeto de seus investimentos. Freud nos dá uma descrição clássica sobre o luto no qual merece ser citado na íntegra “o exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda a libido seja retirada de suas conexões com este objeto” (FREUD, 1917 [1915], p. 173).

Para tanto, ao falar de luto em psicanálise, é preciso ao menos citar a dinâmica de investimento libidinal a partir de um rompimento e em sequência a necessidade de transformação a fim de se conservar em equilíbrio, em segundo instante o princípio de prazer, que após a perda de um objeto de desejo que até então se preservava como controle psíquica funcional(MACHADO, 2016).

Percebe-se então que a mutilação do corpo como a queda do cabelo e a futura retirada de mama na mulher marca, de forma incisiva, um verdadeiro conflito da paciente com a materialidade da doença. A mulher que manifesta um câncer de mama por exemplo, se vê frente de um problema no corpo que é afetado pelo real da castração. O que explica a atitude das pacientes, não conseguirem se olhar no espelho, e que tenta manter sua feminilidade, mas que sofre duros impactos com o desenvolver do tratamento quimioterápico.

O tormento afetivo somado a doença do câncer, se for menosprezado, pode provocar limitação considerável no bem-estar do paciente e de seus familiares e abalar negativamente a aceitação dos recursos de terapêuticos de reabilitação (Baptista & Dias, 2010; Corring, 2002; Dellve, Samuelsson, Tallborn, & Hallberg, 2006; King et al., 2006; Miyazaki, Domingos, Caballo, & Valerio, 2001). Sendo assim faz-se fundamental os atendimentos esporádicos aos pacientes no hospital, pela psicologia em sua pela equipe multidisciplinar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Claramente pode-se compreender ao discorrer sobre o texto que há mostras de minha experiência como estagiaria, no entanto sempre pautado na teoria e técnicas psicanalíticas, cujo resultado se deu em um tanto quanto considerável bagagem de experiência profissional e que também levarei para a vida.

O Papel do psicólogo com bases analíticas e a própria psicanálise, em conjunto com a uma equipe multidisciplinar faz-se de suma importância para o ambiente hospitalar. O sujeito vulnerável pela doença não pode deixar de ser visto como sujeitos e neles implicados sua subjetividade e história, não pode ser apenas instrumentalizada de determinado fim, tornando-se muitas vezes objeto de aprendizado, ou cobaia do pesquisador, até mesmo para citar algumas nuances que envolve a referida ética, mas para uma contribuição em prol da dignidade humana que merece e precisa ser vista respeitada (PESSINI, 2002).

O individuo que desenvolve um câncer de mama se vê diante da contingência de um corpo afetado e mutilado pelo real da castração. Contudo, a clínica psicanalítica nos mostra o modo particular como cada sujeito dentro de sua subjetividade para lidar com esse confronto com o real. Para tanto as contribuições de Freud, Lacan para os assuntos abordados neste relatório nos remete um lugar de partida e uma ideia bem próxima de onde e como chegar.

No Seminário 7, Lacan aborda o real como a Coisa, aproximando-o da pulsão de morte. No caso de pacientes com o câncer, a doença seria o real da morte, nem tanto a maior preocupação não é a morte em si, mas o tempo de vida em qualidade que tem, a preocupação com a feminilidade no caso das mulheres, a perda ou ganho com a relação com sua família, a necessidade da tentativa de se religar a este objeto que esta enlutado pelo sentimento de perda.

Lacan ensinou que o belo não desfaz o real, mas oferta uma distância estética dele, manipulando como uma barreira que protege em relação à Coisa. Assim como, o belo é um véu

que encobre o real e causa o desejo, sendo possível suportar o horror e evitar ou diminuir a angústia referente à aproximação com a morte.

É preciso além do entendimento teórico, para se realizar intervenção no âmbito hospitalar oncológico, mas o olhar clínico, e o querer ver além da dor e da doença em si, que seria o Sintoma, é parte do entendimento teórico que o foco na clínica psicanalítica não é o sintoma, mas sim a pessoa, desta forma, conclui-se que a investigação e o interesse do psicanalista para com o paciente tem-se o peso de uma intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARCO, M. A. M. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.30,nº1, jan./abr.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>. Acesso em 18 de abril 2018.

ROMANO, B. W. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MACHADO, A. V.; MADRUCCI, G. F.; CREMOSCO, M. V. F.; De Onde Fala um Psicanalista no hospital? Reflexões sobre o luto, a psicopatologia fundamental e a ética. **Revista PsicoFAE**, Curitiba, v.5, p. 47-60, 2016.

MORETTO, M. L. T. O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”. **Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2006.

ARAÚJO, R. S.; LIMA, N. L. A clínica psicanalítica no hospital com Mulheres em tratamento de câncer de mama. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 47.2, p.90-102, 2015.

MESQUITA, R.; DUARTE, F. Dicionário de psicologia. **Platano editora, S.A.** 1.a Edição 2379-96.

JUNIOR, A. L. C.; HOLANDA, A. F. Estágio em Psicologia: discussão de exigências e critérios para o exercício de supervisor de estágio. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília v.16,n.2, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v16n2/02.pdf>

KING, G. A., Z., L., KING, S., B. D., Rosenbaum, P., & Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in the belief systems of families of children with autism or Down syndrome. **Child: Care, Health & Development**, 32(3), 353-369.

BAPTISTA, M. N., & Dias, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria aplicações e casos clínicos* (2a ed. rev. e ampl.). Rio de Janeiro, RJ: **Guanabara Koogan**, 2010.

ARAUJO, R. S.; LIMA, N. L. A clinica psicanalítica no hospital com mulheres em tratamento de câncer de mama. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 47.2, p. 90-102, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200006

RODRIGUES, G. Prefácio. In: MOURA, M. D. (Org) *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SIMONETTI, A. *Psicologia hospitalar e Psicanálise. Clínica psicanalítica*. São Paulo, **Casa do Psicólogo**, 2015.

GEOFFROY, C.M.F.; MACHADO, S.M.M. Possibilidades da psicanálise no hospital: relato de uma experiência. **Revista interação**, 2018.

FREUD S. (1996). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In S. Freud. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV)**. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2004.

Freud, S. (1996). *Luto e melancolia*. In S. Freud, **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (v. XIV, pp.245-266). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

PESSINI, L. (2002). *Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar*. Job006 **Revista Bioética**, NS Final 11/25/02.