

O CORPO EM EVIDÊNCIA: O SIMBOLISMO DO CORPO QUEIMADO

THE BODY OF EVIDENCE: THE SYMBOLISM OF BODY BURNED

Daniela Waseda Caetano

Psicóloga (SAP)

Aprimoramento em Psicologia Clínica (IAMSPE)

RESUMO

Este trabalho investiga o corpo no registro do real e do simbólico a partir do atendimento psicanalítico de pacientes na Enfermaria de Queimados do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Moratto de Oliveira”. A fundamentação teórica é a psicanálise, enquanto teoria e método de investigação do paciente. O objetivo deste estudo é compreender como a imagem corporal do paciente queimado é vivenciada a partir da representação psíquica do corpo, inserido em um mundo que privilegia a estética e de que maneira atinge esse sujeito. O trabalho foi desenvolvido a partir de uma reflexão teórica e prática, subsidiado pelos atendimentos e supervisões. Concluí-se que através da fala do corpo, o paciente pode transformar a pele em palavras e restabelecer simbolicamente uma pele psíquica continente, capaz de tornar tolerável a dor de uma agressão da pele real.

Palavras-chave: Imagem Corporal, Queimaduras, Atendimento Psicológico, Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

This work investigates the body in the real and symbolic register from the psychoanalytic treatment of patients in the Burns Ward of the Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco de Oliveira Moratto”. The theoretical basis is the psychoanalysis as a theory and method of the patient investigation. The goal of this study is to understand how the body image of burned patients is experienced from the psychic representation of the body within a world that privileges the aesthetic and how this affects the subject. The work was developed from a reflection theoretical and practical, supported by consultations and supervisions. We conclude that speaks through the body, the patient can turn the skin in words and symbolically restore a psychic skin continent, able to make it tolerable to pain of an aggression of real fur.

Key-words: Body image, Burns, Psychological Attendance, Health Psychology.

INTRODUÇÃO

Pensar na dor e no sofrimento dos pacientes, quando se deparam com seus corpos marcados por cicatrizes, deformações, amputações e marcas decorrentes de queimaduras, apontou para as dificuldades de elaborar as perdas ocorridas. Nos contatos com cada sujeito atendido na Enfermaria de Queimados do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Moratto de Oliveira”, as seguintes questões foram formuladas: por que relatavam uma sensação de não serem mais as mesmas pessoas? Considerando que a imagem atualmente está cada vez mais valorizada, qual seria o impacto da queimadura na vida do sujeito? Como a psicanálise poderia ajudar os pacientes com o seu sofrimento?

A queimadura pode marcar o físico, mutilando, desfigurando; as modificações provocadas pela queimadura podem vir ameaçar a imagem corporal e a integridade do sujeito que sofre. Compreendendo a pele com uma função psíquica

que demarca o limite estruturante de um ser humano frente ao vazio, ao real difuso e o outro, uma modificação nessa imagem pode ser colocada à prova diante de uma queimadura (FIRMINO, 2006).

Na tentativa de compreender o significado do corpo queimado e as características do acompanhamento dos pacientes durante o período de hospitalização, observou-se que a pessoa que sofre uma queimadura percebe a extensão de seu problema e passa a questionar como poderão ficar as cicatrizes. Ainda, questionam se haverá seqüelas mais graves que possam comprometer, de alguma forma, a estrutura ou função do corpo, limitar as atividades importantes como as da vida diária, o auto-cuidado, a higiene corporal e o trabalho.

Dessa forma, o trajeto a ser percorrido destina-se, primeiramente, a compreensão da constituição do corpo do sujeito, enquanto desenvolvimento biológico e psíquico, inseridos em um meio. Também, foram discutidas as reações emocionais que uma pessoa sofre após a queimadura da pele em grande extensão, não somente no significado da função da pele enquanto proteção física, mas no que se refere ao papel protetor dos aspectos psíquicos. Além disso, direcionou-se a atenção em psicologia a exigência social de um corpo perfeito como atributo de valor e como os pacientes que sofreram queimaduras e, conseqüentemente, deixam de ter uma imagem que socialmente é aceita, vivenciam as marcas importantes que possuem.

A imagem corporal

Para falar em imagem corporal, é necessário antes entender como o desenvolvimento e a maturação ocorrem no processo evolutivo do ser humano, até constituir sujeitos com a concepção de eu e de corpo. No começo da vida, temos apenas um organismo que irá se desenvolver em um ambiente que possibilitará trocas das mais diversas ordens, sendo a maturação do sujeito a responsável pelos aprendizados adquiridos.

O desenvolvimento refere-se tanto aos processos relativos ao sistema nervoso central quanto aos processos psicológicos, enquanto que a maturação centra-se no ponto de vista orgânico, momento que surgem padrões comportamentais do crescimento, dependendo enormemente da genética (CORIAT & JERUSALINSKY, 1983a). Para os autores, crescimento, maturação e desenvolvimento, referem-se aos processos evolutivos da criança:

“(...) enquanto crescimento alude as mudanças pôndero-estaturais e maturação assinala a conclusão das estruturas biológicas e sua mais acabada articulação, o termo desenvolvimento vem a ser, entre os três conceitos, o mais abrangente, já que remete às transformações globais que, incluindo o crescimento, a maturação e os aspectos psicológicos, conduz a adaptações cada vez mais flexíveis” (CORIAT & JERUSALINSKY, 1983a p.66).

A princípio, a atitude da criança em relação aos objetos estranhos e às diversas partes do seu corpo é a mesma. Observa o seu corpo com a mesma curiosidade que olha para o móvel que se movimenta a sua frente. Olha para as suas mãos, ao agarrar um objeto, com a mesma atenção com que olharia qualquer outra ação externa. No decorrer do desenvolvimento, com aproximadamente 2 anos, a criança começa a se identificar e se diferenciar do externo. Para que esse processo ocorra, determinadas articulações e instrumentos precisam estar presentes.

Segundo Coriat e Jerusalinsky (1983a), as articulações podem ser denominadas como aspectos estruturais; e o aspecto instrumental, relacionado às formas de interação que a criança estabelecerá com o meio. No início do desenvolvimento, estamos mais próximos dos aspectos estruturais, sendo os instrumentais indiferenciados. Os aspectos estruturais estão relacionados ao aparelho biológico, especificamente o sistema nervoso central; o sujeito psíquico; e o sujeito cognitivo. O aparelho biológico não só possibilita a existência, mas ao mesmo tempo amplia, em seu funcionamento, o campo de intercâmbios, oferecendo aberturas para as inscrições dos processos simbólicos e virtuais. As inscrições se tornam viáveis a partir da sustentação dada pela estrutura familiar.

Na interação estabelecida com o ambiente, o sujeito psíquico se constitui, o meio é significado em atos, gesto e palavras, torna-se objeto de interrogação e experimentação, a criança passa a desejar e se interessar, em primeira instância, pelos interesses de sua mãe, e posteriormente, estabelece sistemas confiáveis para realizar as trocas com o meio, assim, constitui-se o sujeito cognitivo.

Os aspectos instrumentais facilitam a construção do mundo e de si mesmo, elas são: a psicomotricidade, linguagem, aprendizagem, hábitos, jogos e processos práticos de socialização, instrumentos utilizados para expressar, dizer, experimentar, intercambiar, regular, averiguar, entender. De qualquer modo, surge a questão sobre o desenvolvimento da imagem corporal.

Considerando que as primeiras experiências do bebê com o externo, são realizadas de acordo com o mundo que a mãe apresenta, inicialmente satisfazendo as necessidades à medida que elas surgem, pode-se pensar que a superfície de conjunto de seu corpo com o de sua mãe proporciona ao bebê experiências tão importantes, por sua qualidade emocional, por sua estimulação de confiança, de prazer e do pensamento. A experiência subjetiva do corpo habitado pelas necessidades e pelas pulsões, isto é, do corpo erógeno, diferencia-se de sua imagem exterior. A imagem do corpo vem de fora, a imagem que irá vestir, usar como roupa; roupa sob medida, porém frequentemente demasiado mal feita (MIELI, 2002).

A imagem corporal constitui-se em referência a visão afetiva do rosto materno e das referências sensoriais repetidamente trazidas pela presença da mãe (DOLTO, 1996). Nesse sentido, é através do outro que a criança aprende a se reconhecer, isto implica em pensar em seu desejo, tal como seu corpo, não é inicialmente vivido como seu, mas projetado e alienado no outro. A criança inicialmente é o desejo da mãe, assim, o grande impasse da relação dual imaginária é esse de que não há o reconhecimento de dois desejos, dois sujeitos, mas de um desejo alienado no desejo do outro, porém uma alienação necessária (CUKIERT & PRISZKULNIK, 2002). Portanto, é preciso que a criança seja objeto de olhar e tenha um lugar no campo do Outro, permitindo sua entrada no registro Simbólico.

Antes do nascimento do corpo biológico da criança, o Simbólico já está presente no discurso e nas expectativas dos pais e do social. Apesar da criança ainda não ter acesso a sua própria fala, ela é falada pelos outros, constituindo, o seu lugar marcado simbolicamente. A criança não dispõe ainda de uma função simbólica própria, no entanto, desde o seu nascimento e mesmo antes dele, é simbolizada pelos outros (CUKIERT & PRISZKULNIK, 2002).

Assim, no curso de socialização o corpo é progressivamente escrito ou sobrescrito com significantes, tratando-se de um processo que acompanha toda a vida do sujeito. Pode-se dizer que acompanhará as vicissitudes do real do corpo, que, em perpétua transformação à revelia do próprio sujeito, estará à procura constante de uma imagem que confirma a sua (MIELI, 2002).

O corpo na psicanálise

O corpo que interessa à Psicanálise não é um corpo de carne e osso, mas um corpo tomado como um conjunto de elementos significantes. O corpo é falado, tecido a partir da relação com o Outro, corpo inscrito na linguagem e inscrito por ela. Para Lacan (1966),

“(…) o processo de maturação fisiológica permite ao sujeito, num dado momento de sua história, integrar efetivamente suas funções motoras, e ascender a um domínio real do seu corpo. Só que é antes desse momento, embora de maneira correlativa, que o sujeito toma consciência do seu corpo como uma totalidade. É sobre isso que insisto na minha teoria do estádio do espelho – a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário de seu corpo, prematuro em relação do domínio real” (LACAN, 1966 p.96).

A problemática do eu e do corpo está presente na obra de Lacan desde os primeiros momentos de sua trajetória pela Psicanálise. Por meio do esquema conceitual do registro do Imaginário e do esquema conceitual proposto pelo estádio do espelho, ele afirma a importância da imagem do corpo próprio na formação do eu (CUKIERT & PRISZKULNIK, 2002).

Nesta fase, considerada por Lacan como o momento inaugural do processo formador do eu, este, antes de tudo, é apenas um esboço, uma marca de uma experiência perceptiva excepcional deixada na criança (NASIO, 1997). Para o autor:

“O eu, nesse momento, e apenas nesse momento, não é mais do que a marca do contorno da imagem unitária da criança, a *épura* – uma linha, simplesmente – da forma humana do homenzinho. Esse arcabouço originalmente vazio a que chamamos de eu-*épura* irá se consolidando na medida do aparecimento de outras experiências imaginárias, não mais globais, porém parciais” (NASIO, 1997 p. 116).

As primeiras experiências da criança que possibilitará a sua identidade, descritas por Lacan, estão situadas entre o sexto e o décimo oitavo mês de vida, denominada como estádio do espelho, momento psíquico em que a criança antecipa o domínio sobre sua unidade corporal através de uma identificação com a imagem do semelhante e da percepção de sua própria imagem num espelho (ROUDINESCO & PLON, 1986).

Para exemplificar o estádio do espelho, Lacan utilizou um experimento da ótica denominado o “experimento do buquê invertido”, que consiste:

“(…) em uma pequena caixa [que] esconde do observador o buquê de flores no seu interior. Pela intermediação de uma imagem real produzida por um espelho côncavo, o vaso vazio colocado sobre a caixa se encontra repleto de flores. O sucesso dessa experiência está em que o observador – contanto que se encontre no interior do cone desenhado pela difração de raios do espelho côncavo – percebe um vaso cheio de flores, sem desconfiar do fato de que se trata de uma montagem de um objeto real (o vaso) e de uma imagem (as flores)” (CRESPIN, 2004, p. 37).

O exemplo ajuda a pensar como a imagem especular do sujeito vai se constituir. O corpo do bebê no nascimento representa o real (o vaso), as flores representam os objetos de desejos inconscientes da mãe (bebê imaginário), e que o resultado no olhar da mãe constitui a imagem do bebê identificado. É através do reconhecimento primeiro da criança, que a sua totalidade no espelho e a antecipação imaginária de um corpo unificado vai se construindo através da identificação primordial do sujeito com a imagem do Outro, que possibilita a criança ultrapassar o momento pré-especular, marcado por uma imagem de corpo fragmentado, constituindo uma subjetividade. A criança cativada por sua imagem, dela se destaca para virar a cabeça em direção ao adulto que a segura, à procura de um signo de concordância, de aprovação, de testemunho. Percebe que o corpo é a própria imagem no espelho, através dessa identificação (JARDIM, 2005).

O processo identificatório é o único capaz de explicar o reconhecimento, pela criança, de sua unidade corporal, levando em conta o seu estado de prematuridade e incoordenação, onde o que há de essencial na assunção da imagem do corpo no espelho, é que a criança obtém, nesse momento, a autenticação e o reconhecimento dessa imagem como de um sujeito.

Para Lacan, a identificação é o nome que serve para designar o nascimento de uma nova instância psíquica, a produção de um novo sujeito. Em vez de A se transformar em B – como era no caso em Freud – é B que produz A. A identificação com a qual o eu se identifica é a casa do eu, ou seja, o papel ativo anteriormente desempenhado pelo eu

é, no momento, garantido pelo objeto (NASIO, 1997, p.101).

Nesse processo de identificação, na teoria lacaniana, o corpo pode ser estudado, a partir de três pontos de vista complementares: do ponto de vista do Imaginário, o corpo como imagem; do ponto de vista do Simbólico, o corpo marcado pelo significante; e do ponto de vista do Real, o corpo como sinônimo de gozo.

Pensar o corpo do ponto de vista do Imaginário implica em levar em conta os primeiros momentos da teoria lacaniana e a forma como a imagem do corpo próprio a partir do outro marca a constituição subjetiva e a imagem assumida pelo sujeito. O ponto de vista do Simbólico aponta para a relação que o sujeito estabelece entre fala-linguagem-corpo, remetendo-se a um corpo marcado pelo simbólico, no qual as diversas partes podem servir de significantes, isto é, ir além de sua função no corpo vivo. E o corpo, do ponto de vista do Real, seria sinônimo de gozo, definido não como organismo, mas pura energia psíquica, da qual o corpo orgânico seria apenas a caixa de ressonância dessa energia.

Esses registros são possíveis, através da imagem que o Outro reedita, o corpo Imaginário é essencialmente caracterizado pelo seu lugar no mundo Simbólico, ou seja, no mundo das palavras. Com paradigma do Imaginário, o estágio do espelho se refere à forma como a imagem do corpo próprio, a partir do outro, tem um papel fundamental na formação do eu e na imagem assumida pelo sujeito.

É nessa identificação que a criança antecipa imaginariamente a forma total de seu corpo, instalando o primeiro esboço do eu, com o espelho passando a representar o Outro, onde o sujeito admira seu eu enquanto eu ideal como um objeto do desejo do Outro. Segundo a maneira como se apreende o desejo do Outro, o sujeito terá imagens diferentes de seu eu e também da realidade (CUKIERT & PRISZKULNIK, 2002).

Dessa forma, o sujeito emerge no campo do Outro descentrado dele mesmo e num movimento de alienação com a sua própria imagem, pois o eu está construído primeiramente a partir do outro, em especial a partir da imagem que lhe é devolvida pelo semelhante, onde se pode pensar que a imagem de si tem a instabilidade como característica. A alienação favorece a oscilação entre o sujeito e o outro, ameaçando sempre o sentimento de si-mesmo.

A idéia de eu-pele

A pele tem uma importância capital, pois fornece ao aparelho psíquico as representações constitutivas do Eu e de suas principais funções através do envelope narcísico que assegura constância de um bem-estar de base (ANZIEU, 1989). No caso dos pacientes queimados, é como se a função exercida pela pele estivesse abalada. A queimadura torna-se um real do corpo no qual o paciente se esbarra, e quando isso acontece, toda a sua subjetividade também é sacudida. Processo que não se difere de qualquer outra enfermidade, pois, a dor e a incapacidade de dar conta de seus sofrimentos levam o paciente focar a atenção no seu corpo.

Anzieu (1989) definiu três funções para o Eu-pele, compreendendo que a pele, para o ser humano é um dos meios que o psiquismo utiliza para constituir o Eu no decorrer do desenvolvimento. A primeira função da pele é definida como a bolsa que contém e retém em seu interior o bom e o pleno aí armazenados do vínculo primário com a mãe. Assim, como a pele desempenha uma função de sustentação do esqueleto e dos músculos, o Eu-pele desempenha uma função de manutenção do psiquismo. A função biológica é exercida pelo que Winnicott chamou de *holding*, isto é, pela maneira como a mãe segura o corpo do bebê. A função psíquica se desenvolve por interiorização do *holding* maternal.

Nesta função ainda pode-se entender a pele, que recobre a superfície inteira do corpo e na qual estão inseridos todos os órgãos dos sentidos externos, responde a função continente do Eu-pele. Esta função é exercida principalmente pelo *handling* maternal. A sensação-imagem da pele como bolsa é despertada, no bebê, pelos cuidados do corpo

apropriados as suas necessidades, dispensados pela mãe.

A segunda função é a interface que marca o limite com o de fora e o mantém no exterior, é a barreira que protege da penetração dos outros seres ou objetos. A pele humana apresenta diferenças individuais importantes a serem consideradas. Permitem diferenciar no outro os objetos de apego e de amor e a afirmação de si mesmo como indivíduo que tem uma pele pessoal, traz um sentimento de ser único.

O eu-pele, também é uma superfície que liga as sensações de diversas naturezas entre si e que as faz destacar como figuras sobre esse fundo originário que é o envelope tátil: é a função de intersensorialidade do eu-pele que leva a formação de um senso comum, cuja referência de base se faz sempre com o tato. Dessa forma, os seres humanos passam a diferenciar o seu interno com o externo através do contato.

E a terceira função do eu-pele, é um meio primário de comunicação com os outros, de estabelecimento de relações significantes, além disso, é uma superfície de inscrição de traços deixados pelas relações no decorrer de sua vida. A alimentação e os cuidados são acompanhados de contatos pele a pele, geralmente agradáveis que preparam o auto-erotismo e situam os prazeres de pele como tela de fundo habitual dos prazeres sexuais. O contato significativo está no fato de que a mãe atenta as necessidades, não apenas corporais, mas também psíquicas do bebê, não só o satisfaz, mas mostra, pelos ecos sensoriais que desenvolve e pelas ações concretas que interpretou corretamente suas necessidades. O bebê fica satisfeito e, sobretudo, tranquilo quanto à necessidade que o compreenda.

A Sociedade e a exigência do corpo perfeito

O corpo na pós-modernidade encontra-se num ideal de completude e perfeição, está na frente da cena social. Cada dia, progressos tecnológicos da medicina e da genética vem reformulando de maneira acelerada a relação do sujeito com o próprio corpo. Hoje está hiperinvestido, porém frequentemente apontado como fonte de frustração e sofrimento (FERNANDES, 2003).

O modelo de corpo ideal, tanto feminino quanto masculino sempre esteve presente em todas as sociedades, mas hoje é veiculado principalmente através dos meios de comunicação de massa. Há uma normatização da beleza e é através dessa leitura social que se estabelecem os limites do normal, do aceitável e do estético. A mídia veicula um modelo de beleza (jovem, magro, branco) que é possível apenas para pequena parcela da população mundial, masculina ou feminina. A busca por um modelo ideal de beleza, que nunca foi tão estimulada e valorizada, tem deixado um imenso grupo de insatisfeitos e deprimidos, desconfortáveis com o próprio corpo e com a auto-estima em baixa (FERNANDES, 2003).

Além disto, as propagandas existentes, principalmente nas revistas, de uma forma indireta, afirmam que a aparência física é responsável pela felicidade e sucesso, formando uma ilusão de bem-estar que para ser conquistado, será necessário que a pessoa se enquadre no padrão estabelecido de beleza.

Considerando como a aparência humana está sendo valorizada nos últimos tempos, quando os avanços científicos e tecnológicos permitem manipulações voluntárias do corpo irreversíveis, normalmente, intervenções que implicam modificações no corpo de sua forma e/ou de seu aspecto, levadas a cabo por razões geralmente designadas como “estéticas”, pode-se imaginar o impacto que uma queimadura, que na maioria das vezes deixa seqüelas, deforma, pode exercer sobre a pessoa queimada.

No convívio social, normalmente, os pacientes não só se vêem, mas também há uma tendência a ver o corpo dos outros. Não há como escapar da formulação de que a imagem corporal é dado primário de experiência, e que, desde

o início, há uma conexão muito estreita entre a nossa imagem corporal e a das outras pessoas (SCHILDER, 1999). Nesse momento, os pacientes que sofrem queimaduras, se deparam com um corpo diferente do que conheciam e sentem como se houvessem deixado de ser quem eram para fazer parte de uma nova ordem:

“Quando desabam todas as referências que antes pareciam tão seguras, o estrangeiro [o diferente] surge como um alvo ainda mais necessário, como uma referência que extrai sua positividade de seu valor absolutamente negativo, de tudo o que não sou e que tenho de destruir para ser eu mesmo, já que não sei mais muito bem quem sou” (KOLTAI, 1998 p.10).

O estranhamento causado pela queimadura

Os pacientes queimados passam, após o trauma térmico, a fazer parte de um grupo até então desconhecido, aqueles que são considerados minoria pela sociedade, ou seja, os que não estão mais no padrão exigido socialmente passam a sofrer preconceitos devido ao estranhamento provocado pelas marcas que estão em seu corpo. Segundo Silva (2006):

“As diferenças são ressaltadas como uma falta, carência ou impossibilidade. A deficiência escreve no próprio corpo do indivíduo seu caráter particular. O corpo deficiente é insuficiente para uma sociedade que demanda dele o uso intensivo que leva ao desgaste físico, resultado do trabalho ou de uma corporeidade que objetiva meramente o controle e a correção, em função de uma estética corporal hegemônica, com interesses como a matéria-prima/corpo é comparável a qualquer mercadoria que gera lucro. A estrutura funcional da sociedade demanda pessoas fortes, que tenham um corpo “saudável”, que sejam eficientes para competir no mercado do trabalho. O corpo fora de ordem, a sensibilidade dos fracos, é um obstáculo para a produção. Os considerados fortes sentem-se ameaçados pela lembrança da fragilidade, factível, conquanto se é humano” (SILVA, 2006 p. 426).

No social, o diferente estigmatizado evoca lembranças da fragilidade humana. Esse sentimento ambíguo que determina o afastamento vem junto com o medo do diferente, do que não é conhecido, podendo ser transformado em inferioridade, desigualdade e exclusão, sentimentos presentes na fala dos pacientes, uma vez que busca-se ser sempre completos e constantes (SILVA, 2006).

O corpo marcado pela deficiência, por ser disforme ou fora dos padrões, lembra a imperfeição humana. É possível observar é que os pacientes queimados se deparam com os seus próprios pré-conceitos e passam a conviver com todos os medos anteriormente negados, e que muitos possuem uma dificuldade para refletir sobre novos conceitos e com isso retomar a sua vida torna-se mais difícil, pois impossibilitam um contato com o novo que poderia auxiliar na diminuição do seu sofrimento.

Nesse quadro de crise, os pacientes relatam não saber mais o seu lugar no mundo, ou o que pensar das coisas, como classificá-las, como ajustá-las num todo coerente e satisfatório, passam ter uma noção de tudo aquilo que não são, e, principalmente, entram em contato com a distância entre o eu ideal e aquilo que são na vida prática. As marcas da queimadura não se encaixam no padrão de beleza e nem no ideal que o paciente trás de si, causando sofrimento diante da condição de vida existente para ele a partir do trauma.

Considerando a dificuldade e medos que os pacientes apresentam após a alta hospitalar diante de uma sociedade que se baseia em estereótipos, shopping centers e modas universais, todo aquele que foge ao padrão passa ser olhado como incômodo. Isto leva a pensar a importância de ajudar os pacientes a manejar o estresse emocional, as suas fantasias, inseguranças, medos relacionados ao convívio social e as necessidades que frequentemente ocorrem após a alta hospitalar. Ajudá-los a lidar com as mudanças e trabalhar com as sensação de perda que possa ocorrer, assistindo-o na transição da sua alta.

As mudanças, normalmente ocorrem no período inicial pós-alta, pois o paciente não poderá ficar exposto ao sol e, na maioria dos casos, terá que usar a malha. O uso da malha de compressão tem a função de comprimir a pele para propiciar uma cicatrização mais adequada. No entanto, essa malha incômoda, por manter o local do ferimento comprimido e esquentar, o que faz muitos pacientes desistirem de usá-la e prejudica a sua cicatrização. Então, outro aspecto, também necessário, é o trabalho em equipe, para garantir a adesão do paciente às orientações médicas levando-o aos seus objetivos, que consiste em deixar as cicatrizes menos perceptível possível e retomar a sua rotina.

O paciente queimado

O paciente, após sofrer grande queimadura, inapelavelmente, passa por dolorosas experiências de desamparo, de temores e ameaça de aniquilamento. A pele que demarca o Eu-pele, é posto a prova diante essa enorme frustração. Após a queimadura, o paciente e seus familiares passam a enfrentar uma situação de desequilíbrio devido a ameaça de morte e expressão do medo de morrer, onde muitos ainda não reconhecem a gravidade do seu caso.

Segundo Adcock et.al. (1998 apud CARVALHO, 2006 p.4), o paciente queimado poderá passar por três fases distintas que se relacionam tanto com a recuperação física quanto a psicológica. As fases foram por ele e seus colaboradores descritas como: fase aguda, fase subaguda e fase crônica.

Na fase aguda, o paciente preocupa-se com a sobrevivência, sente uma ameaça de morte e uma constante expressão de medo de morrer. O paciente apresenta uma diminuição de consciência, alterações sensório-perceptivas e na atenção, agitação psicomotora ou retardamento, alterações de memória, ruptura do ciclo sono/vigília e labilidade emocional. Neste estágio o paciente tem uma dificuldade de processar novas informações e a presença de familiares ou pessoas próximas pode aliviar a sua ansiedade e inquietação.

Na fase subaguda, o mais comum é o paciente apresentar-se triste, ansioso e estressado. Podem ocorrer pesadelos, problemas com o sono e regressão do comportamento, acarretando dificuldades interpessoais com a equipe, pela manifestação de hostilidade, raiva e dependência. Para Anzieu (1989), a regressão do paciente remete-se a nudez sem proteção do recém-nascido, onde à exposição às agressões do mundo exterior e à violência eventual do adulto é difícil de suportar.

É nesse período também que o paciente começa o processo de convivência com as lesões e com as conseqüências de seus danos. Curativos dolorosos, árdua fisioterapia e sentimento instável de solidão somam-se as dificuldades vivenciadas pelos pacientes. Normalmente, nessa fase, a equipe de profissionais da Enfermaria solicita atendimento psicológico aos pacientes devido o sofrimento apresentado pelo paciente diante da sua nova imagem corporal e as condições de vida que terá que enfrentar.

A última fase descrita pelos autores é a fase crônica, na qual a ênfase é na reabilitação, principalmente na recuperação das funções e da aparência, e retomada das atividades diárias. Ela tem início com o término da internação e se estende até a reintegração do paciente na sociedade. Alguns pacientes relatam dificuldades de adaptação, outros se demonstram ansiosos e angustiados com o novo modo de vida.

O suporte psicológico

Vive-se constantemente com o saber do nosso corpo. A imagem corporal é uma das experiências básicas na vida de qualquer um. O corpo e, com ele, a imagem corporal, fazem necessariamente parte de qualquer experiência vital.

A queimadura acontece na vida do sujeito como um desencadeador da perda da imagem corporal, sentimento muitas vezes ambíguo que acaba determinando o medo do diferente, do que não é conhecido, podendo ser transformado em inferioridade, desigualdade e exclusão, sentimentos presentes na fala dos pacientes, uma vez que todos querem ser sempre completos e constantes (SILVA, 2006).

O objetivo dos atendimentos psicológicos é a subjetividade do paciente, ação que não difere diante de qualquer enfermidade. O psicólogo deve ouvir com atenção, pensar a respeito, ponderar, sugerir hipóteses esclarecedoras e novas questões, facilitar a emergência delas e buscar soluções (FIRMINO, 2006). Após a fase de ameaça de morte e a passagem do choque emocional, decorrente dos fatores orgânicos e emocionais, o paciente entra num movimento de enlутamento do corpo perdido.

Para Bowlby (1985 apud TADA & KOVÁCS, 2007) são quatro fases do luto: a fase do entorpecimento, na qual a pessoa tem como reação imediata o choque, sendo incapaz de aceitar a notícia da perda; a fase de anseio, busca pelo objeto perdido e raiva por não conseguir reestabelecer o elo; a fase de desorganização e desespero, em decorrência do enlutado não poder retomar o que foi perdido, o que pode levar a pessoa tornar-se apática e deprimida; e a fase de maior ou menor organização, quando ocorre a aceitação gradual da perda, com percepção que é necessário reconstruir a sua vida.

Nessa fase, é necessário que as pessoas que lidam diretamente com o paciente tenham tolerância ao seu abatimento e ao luto pela imagem corporal, proporcionando um ambiente acolhedor, para que possa elaborar a perda e reestruturar a sua vida. Dessa forma, o trabalho do psicólogo está baseado na transferência estabelecida no decorrer do tratamento psicanalítico, é através dela que se dá à problemática do paciente, pois é a instalação da transferência, as suas modalidades, a sua interpretação e sua resolução que caracterizam esse tratamento. Há um deslocamento de afeto e atualização dos conflitos infantis, onde o profissional, através do manejo da transferência e a rememoração de sua história, possibilitará ao paciente renovar na relação atual os seus conflitos e, conseqüentemente, compreender a repetição e transformá-la num motivo para recordar e elaborar os fatos.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é compreender como a imagem corporal do paciente queimado é vivenciada a partir da representação psíquica do corpo, inserido em um mundo que privilegia a estética e de que maneira atinge esse sujeito.

METODOLOGIA

A realização desse trabalho deu-se através do acompanhando dos pacientes durante o período de hospitalização no Hospital do Servidor Público Estadual no período de 12 (doze) meses de atendimento. Os casos relatados tiveram o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que manifestaram a sua anuência à participação na pesquisa.

E, para compreender como a modificação provocada pela queimadura pode afetar a representação psíquica do corpo e a compreensão da imagem corporal, a psicanálise será a orientação teórica usada para discussão dos casos que serão vistos posteriormente.

Por este trabalho ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, utilizando os elementos teóricos, os casos de M.P., o de L.S. e o C.L., atendidos na Enfermaria de Queimados, serão apresentados e discutidos. Partindo da revisão bibliográfica realizada e os casos serão expostos de uma forma que preserve a identidade de todos. O material de análise foi coletado através das transcrições arquivadas na Seção de Psicologia e os trechos considerados elucidativos serão utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para ilustrar o que foi discutido teoricamente, serão apresentados três atendimentos realizados na Enfermaria de Queimados do Hospital Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”. Este hospital faz parte do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. O IAMSPE é um convênio médico de grande porte, que se destina ao atendimento de funcionários públicos do Estado de São Paulo e de seus dependentes.

A Enfermaria de Queimados, além de atender os conveniados do serviço, atendem também casos encaminhados de outros hospitais do Estado, por ser considerado uma referência no tratamento disponibilizado aos seus pacientes. É uma Enfermaria composta de três quartos, distribuídos em quarto masculino, feminino e infantil; três unidades semi-intensivas; uma unidade de terapia intensiva; sala cirúrgica; pronto-socorro e ambulatório. Nesse espaço, os pacientes recebem atendimento dos diversos profissionais: fisioterapeutas, fonoaudióloga, nutricionistas, médicos e enfermagem. A psicóloga é sempre solicitada por interconsultas encaminhadas a Seção de Psicologia, na maioria das vezes, realizada a pedido médico. Os casos descritos abaixo não serão usados em sua íntegra, mas as falas dos pacientes que possam ilustrar o exposto até então.

Quando os pacientes chegam ao hospital, os primeiros-socorros são essenciais para a sua sobrevivência. A rapidez e eficiência dessa atenção são decisivas para evitar, em muitos casos, a morte e reduzir seqüelas posteriores e as possíveis marcas, nesse momento, que a equipe se depara com a urgência do quadro. Após os procedimentos necessários, os pacientes são encaminhados para a Enfermaria, local que dará continuidade ao tratamento.

A Seção de Psicologia é chamada, quando a equipe de profissionais compreende que o paciente não consegue aceitar o seu quadro ou apresenta comportamentos depressivos. Os pedidos de interconsultas geralmente são realizados após alguns dias de internação do paciente.

No contato inicial, pode-se observar que a característica principal apresentada é a luta constante contra o desconforto físico e a dor. O medo de morrer é algo presente no discurso dos pacientes, o que implica lidar com sentimento de tristeza, a constatação da finitude e do medo do desconhecido:

L.S.: “Estou com muito medo de morrer, falaram pra mim que vou ter que ir pra sala de cirurgia fazer umas coisas que eu não sei o que é!”

L.S. chegou à Enfermaria de Queimados encaminhado por outro hospital, com 28% do corpo queimado, apresentando queimaduras de 2º e 3º grau. As partes mais atingidas foram os membros superiores, os membros inferiores e dorso. A queimadura aconteceu por combustão de álcool. O paciente passava álcool no corpo como uma forma de evitar a coceira provocada por alergia, a qual tem desde a sua infância, mas nunca tratada. O acidente ocorreu num dia que chegou de uma comemoração com os amigos, estava com o comportamento alterado por bebida alcoólica e foi passar álcool no corpo antes de dormir, como era de costume. A combustão ocorreu por estar perto do fogão que estava aceso. Foi socorrido pela esposa. L.S. tem 29 anos, sexo masculino, reside há 10 anos com a sua companheira, tem dois filhos, uma menina de 3 anos e um menino de 8 anos. Atualmente trabalha como operário, é treinador de um time de futebol da sua comunidade. Descreve uma vida ativa e bom círculo social.

M.P, outra paciente atendida, tem 33 anos de idade, sexo feminino, casada, tem dois filhos, uma menina de 2 anos e um menino de 7 anos.

M.P.: “Quando eu vou conseguir sair dessa? Sei que Deus vai me ajudar, porque eu ainda quero criar os meus filhos, eles são muito pequenos e dependem de mim ainda. Estou com muito medo que alguma coisa ruim aconteça.”

A paciente foi atendida devido a um possível quadro depressivo, estava com 41% do corpo queimado decorrente combustão de álcool. As partes mais atingidas foram os membros superiores e inferiores, dorso, barriga, o rosto teve queimaduras leves. O acidente aconteceu em sua casa, estava fazendo o almoço e havia um vidro de álcool perto do fogão. Apenas recorda de uma grande explosão e o fogo em sua roupa. O marido a socorreu, levando-a num hospital próximo a sua residência.

M.P.: “Me debatia, mas aquele fogo não apagava, eu estava em chamas. Perdi os sentidos, mas consegui tirar a minha roupa.”

C.L., 16 anos, estudante, reside com os pais e, primogênito de três irmãos, foi encaminhado ao hospital por queimadura elétrica. O acidente ocorreu quando ajudava o pai na construção da casa. Na ocasião, estava esticando um rolo de arame, uma das pontas arreventou, chocando-se com a rede de energia elétrica. O paciente teve grande área do corpo queimada, a mão direita amputada e comprometimento dos músculos do lado direito do corpo. Ficará com seqüelas para manipular objetos e locomover-se. C.L. foi socorrido pelo pai e encaminhado ao hospital. Permaneceu 3 meses na unidade de terapia intensiva:

C.L.: “Pensava a todo instante que eu iria morrer. O começo foi muito difícil. Meu coração chegou parar duas vezes e os médicos tiveram que me reanimar. Tava terminando o segundo colegial, mas não sei ainda como será.”

Nos casos relatados, pode-se observar que o medo relaciona-se ao da própria extinção e da interrupção de sonhos para o futuro, gerando sentimentos de impotência por não saber como evitar a morte. Nessa fase, os pacientes choram muito e a preocupação do trabalho terapêutico é disponibilizar um tempo e espaço para externalização da dor. A dor é vivida constantemente, principalmente, no momento em que são realizados os diversos procedimentos. Quando sofre-se de uma dor orgânica, a estrutura libidinal do modelo corporal se modifica imediatamente, conseqüentemente, a necessidade de aliviar o sofrimento psíquico também se faz presente.

Pesquisas demonstram que o banho e a troca dos curativos são os momentos que os pacientes mais sofrem com a dor (Rossi, et.al, 2000; Carlucci, et.al, 2007). A dor física está relacionada, principalmente, a limpeza dos ferimentos:

M.P.: “Sinto muita dor quando eles vão mexer em mim, acabam me machucando ainda mais e depois fica tudo doendo. Estou com muita dor e desanimada com o tratamento”.

L.S.: “Quando estou aqui sentado quietinho não dói muito, mas tomar banho e ter que limpar os ferimentos é muito cruel, depois do banho também é muito dolorido”.

C.L.: “A hora que mais dói é quando as enfermeiras vão trocar os curativos”.

A dor psíquica também emerge por olhar o próprio corpo todo marcado:

M.P.: “Tomei banho hoje, vi que está tudo marcado, horrível de olhar!”

L.S.: “Voltei ontem da sala de cirurgia e agora tá tudo doendo, parece que tem um monte de bichinhos mordendo a minha pele, formigando, uma dor horrível que mal consigo falar.”

L.S.: “Ta vendo essa parte aqui! [mostra a área exposta através das ataduras]. Tá horrível, em carne viva.”

A dor é resultado de um processo bioquímico, mas a estória da dor não pode ser contada somente através deste processo, é necessário incluir toda a subjetividade que a acompanha (MORRIS, 1993 apud ROSSI, et.al. 2000). No caso de C.L. a interconsulta foi solicitada no 65º dia de internação, a equipe não compreendia as queixas do paciente referente a uma dor constante. Os procedimentos possíveis a serem realizados e os medicamentos para aliviar a dor, haviam sido administrados, mas nenhum resultado era obtido. C.L. continuava a chorar e solicitava a equipe queixando-se o tempo todo de sua dor física, sentida com muita intensidade.

No contato, o paciente foi comunicativo, descrevia com clareza o acidente e os detalhes, constantemente, falava da lembrança do estado da sua mão após a queimadura, mas sempre com um discurso positivo:

C.L.: “Graças a Deus que estou vivo! O que é perder uma mão, se eu tenho a outra!”

No discurso manifesto de C.L. a perda da mão era algo insignificante:

C.L.: “É só uma mão! Poderei continuar a minha vida como antes!”

C.L. falava dos seus planos, dos seus sonhos e da sua recuperação. No entanto, no decorrer dos atendimentos, percebeu-se a sua dificuldade de falar sobre a sua dor interna. Os pais, muito angustiados com as limitações do filho e traumatizados com o acidente, não disponibilizavam um espaço para C.L. falar de seus medos, de suas inseguranças e do momento em que estava vivendo, já que a dor deles próprios, fazia-se insuportável. Os atendimentos possibilitaram a C.L. verbalizar, aos poucos, a sua dor. A dor de ter perdido uma mão; a dor de não poder ter mais o mesmo estilo de vida, devido às seqüelas do acidente; a dor de ver o seu corpo todo mutilado pela queimadura e dos seus planos terem sido interrompidos pelo acidente.

Quando teve o espaço para falar da imensidão da sua dor a alguém capaz de suportar todo o sofrimento, as dores físicas, descritas como insuportáveis, diminuíram. Compreende-se que a dor física era um real no corpo, porém, a impossibilidade de transformar em palavras a dor, levou C.L. a encontrar, pela dor física, uma saída para o seu sofrimento e uma forma de ser escutado pelas pessoas. O trabalho psicológico focou-se no espaço de escuta, acolhendo C.L. em seu sofrimento, onde o interesse por sua pessoa e o seu sofrimento, foi fundamental para iniciar e manter uma intervenção profissional que possibilitasse a C.L. perceber que era respeitado como indivíduo e que era feito um esforço, no sentido de compreendê-lo e ajudá-lo nessa experiência que estava vivenciando.

Pode-se pensar que na enfermaria, o psicólogo ocupa uma posição particular, pois não participa dos procedimentos, considerados dolorosos, e não toca os pacientes. O profissional em psicologia possibilita ao paciente desenvolver um espaço para o seu sofrimento, realizando um recorte no que se refere a sua subjetividade e não somente a gravidade de sua queimadura. Conseqüentemente, o corpo torna-se o tema da fala; forma que o paciente pode ir aos poucos entrando em contato com o seu sofrimento psíquico e a sua dor:

M.L.: “Sempre fui muito vaidosa, gostei sempre de me arrumar, usar roupas decotadas, mas com esse monte de marca não vou conseguir mais usar essas roupas e nem vou poder porque os médicos me falaram que não posso tomar sol. Meu corpo vai ficar todo marcado.”

L.S.: “O meu corpo ta muito feio, ta todo queimado! Como vai ficar esse monte de marca. Acho que vai ficar muito feio!”

C.L.: “É estranho olhar para essas feridas, parece que nunca vão cicatrizar!”

Considerando a imagem do corpo como a representação daquilo que é sentido, da maneira como isso decorre, para cada um, das condições próprias do seu corpo, da maneira como cada um leva a imagem em seu inconsciente, pode-se compreender que as marcas tornam-se uma forma de pensar no sofrimento do paciente e na dificuldade de lidar com o seu novo corpo, baseados na constituição do seu eu e dos seus primeiros vínculos. Dessa forma, é através da fala e da possibilidade de recontar a sua história, que os pacientes encontram uma maneira de fazer das suas marcas físicas e psicológicas, algo mais suportável diante do espaço proporcionado pelo psicólogo.

No caso de L.S., a sua alergia nunca tratada, chamava muita atenção pelo seu histórico. Desde criança apresentava uma alergia a roupas, perfumes, poeira, mas nunca procurou tratamento, passava álcool no corpo como uma alternativa para diminuir o incômodo. A sua mãe também apresentava uma alergia semelhante. Pensando na importância que a figura materna tem na constituição da imagem corporal e no Eu do bebê, pode-se pensar no caso de L.S e a relação com a sua mãe, como um exemplo. L.S. Sempre trazia na sua fala a sua dificuldade em lidar com o preconceito:

L.S.: “O que vai ser da minha vida daqui pra frente com esse corpo? Será que as pessoas vão me empregar com um monte de cicatrizes? Porque a senhora sabe que vão olhar e dizer: depois eu entro em contato! Além de ser negro agora tenho essas marcas!”

Nos primeiros contatos, o paciente chorou muito e solicitava a todo o momento a presença dos familiares, apesar da equipe ter explicado as razões de não poderem permanecer no quarto. No decorrer dos atendimentos, L.S percebeu que a sua dificuldade estava muito relacionado a sua própria constituição e a relação com as suas figuras parentais. Perdeu o pai ainda criança, tendo a mãe assumido o papel de provedora da casa, permanecia um bom tempo fora para garantir o sustento familiar. L.S. cresceu com os irmãos mais velhos que acabaram educando-o. Desde essa época, L.S. sentia as conseqüências do preconceito, por ser negro e uma condição econômica, considerada por ele, desfavorável; passavam muitas dificuldades.

O sentimento de abandono vivido por LS quando criança, devido uma mãe ausente e a perda de um pai, foi sendo associado por LS como conseqüência de sua cor. Acreditava que se branco não sofreria os abandonos sentidos na infância. Na adolescência, período considerado como um momento de turbilhões de mudanças psíquicas e físicas, LS desenvolve a sua alergia. Não buscou tratamento, apenas passava álcool no corpo, na tentativa de se livrar da coceira. A mãe e a esposa o alertavam quanto os perigos do seu ato, mas acreditava que não haveria nenhum problema na sua ação, mas acabou provocando a combustão do corpo no acidente.

Descrevia um sentimento de culpa diante do ocorrido. Com a compreensão da sua associação feita entre a cor de sua pele e a não aceitação dela questões foram surgindo referentes à forma que foi constituindo o seu eu e a sua imagem corporal. Talvez, seja por isso que no início do tratamento o paciente lançou mão de diversos mecanismos de defesa como refúgio de toda a realidade que se impunha a ele e a queimadura, mas através da fala do seu corpo, pôde ir transformando a pele em palavras e restabelecendo simbolicamente uma pele psíquica continente, capaz de tornar mais tolerável a dor de uma agressão da pele real.

A regressão foi outro mecanismo muito observado entre os pacientes. Comportamento até esperado em pacientes que se encontram hospitalizados, devido à exposição que são submetidos e a dependência em relação à equipe:

C.L.: “Estou com muitas saudades dos meus pais, não vejo a hora de chegar as visitas”.

M.P.: “Estou me sentindo muito sozinha, a equipe não tem como ficar comigo o tempo todo porque tem outros pacientes para atender e minha família só pode entrar na hora da visita, mas é muito pouco”.

L.S.: “Por que não pode entrar celular aqui na Enfermaria? Queria falar com alguém, ligar para a minha família, é muito ruim ficar aqui sozinho e não ter ninguém para conversar. Minha família só pode entrar no horário da visita”.

No caso dos queimados, há uma grande exposição do seu corpo ao externo e as agressões vindas deste, como se retornassem a uma posição indefesa da vida, com o tempo retomam suas defesas. Assim, confirma-se como a pele é essencial para que o paciente se identifique e se diferencie do mundo externo, pois a queimadura acontece de forma muito traumática.

Considerando o trauma como um acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Podemos pensar que a queimadura mobiliza um enorme fluxo de excitações psíquicas que, naquele momento, normalmente é excessivo para o paciente, em relação à tolerância e a sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente esta excitação. Surge um conflito psíquico que impede o sujeito de integrar na sua personalidade consciente a experiência que lhe ocorre.

É nessa fase, a subaguda, que o paciente começa a se deparar com a sua nova imagem corporal e precisa estar em contato com as condições de vida que terá de enfrentar. Normalmente vivenciada com muitos conflitos de uma condição anterior e diferente do presente. O ego procura evitar ser submerso pelo aparecimento da angústia automática que define a situação traumática, o ego se vê sem recurso. Esta concepção resulta no estabelecimento de uma espécie de simetria entre o perigo externo e o perigo interno; o ego é atacado de dentro, quer dizer, pelas excitações pulsionais, como é atacado de fora, pela ameaça de sua integridade (LAPLANCHE, 1998):

M.P.: “Até esses dias eu era uma pessoa e a partir de agora sou outra pessoa, como se eu tivesse deixado de existir como antes! Levava uma vida e agora vou levar uma vida totalmente diferente.”

L.S.: “Não sei mais como vai ser minha vida, tenho a sensação que o meu corpo vai ser muito diferente.”

No tratamento psicológico, tenta-se auxiliar o paciente na elaboração do ocorrido, principalmente reorganizar a imagem do seu corpo. Busca-se, através da fala do paciente, apontar a pessoa que ainda existe atrás da textura da pele lesada e resgatar a imagem que relata ter deixado de ter e ser, em uma tentativa importante de unir a concepção que tinha de si mesmo, antes da internação hospitalar, ao seu sentimento após a lesão. Começa-se o trabalho de reabilitação do paciente, considerada a fase crônica e a retomada das suas atividades diárias:

M.P.: “Depois das cirurgias de enxerto estou sentindo menos dor, estou conseguindo me locomover, mas o que está me preocupando agora são essas marcas, o que as outras pessoas vão me dizer. Começo ficar com medo de sair daqui”!

M.P.: “Recebi a notícia que vou ter alta, mas estou com muito medo de ir embora, porque ainda não estou boa, olha quanta ferida aberta ainda tem no meu corpo. Queria ir embora curada”.

L.S.: “Queria muito ir embora antes, não via a hora de ir para casa, mas só queria sair daqui curado, bom! Não sei como vai ser a recuperação final em casa. Você viu aquele outro rapaz, sempre ta voltando aqui”.

Quando a recuperação ocorre, o paciente se depara com uma outra situação traumática que é o enfrentamento social, pois ele é fisicamente e emocionalmente uma nova pessoa, e isto gera desconforto, medo, insegurança e receio de enfrentar o mundo da forma como ficou após as queimaduras:

M.P.: “Tenho medo que as outras pessoas pensam de mim o que eu pensei daquele menininho todo deformado que passou naquela cama!”

M.P.: “Saio amanhã, estou muito preocupada com o que as pessoas vão pensar e ficar perguntando pra mim o que aconteceu, e acho que vai me incomodar muito porque é algo que eu queria esquecer.”

L.S.: “Fico pensando como as pessoas vão olhar pra mim cheio de marcas! Sei que a minha família vai ser normal, mas e as outras pessoas?”

O paciente se vê pressionado pela exigência da beleza física de fora e por sua própria exigência interna, inconformado com a cicatriz em sua pele que dói no seu eu, no seu narcisismo. Sente como fosse uma pessoa diferente, agora que o seu corpo também está diferente do que era e se não tiver uma boa função mental, poderá se sentir mais rejeitado, pois o corpo material, lugar consciente, a todo instante o espacializa e o temporaliza. A imagem do corpo, ao contrário, está fora do lugar e fora do tempo, como imaginário puro e expressão dos investimentos libidinais (DOLTO, 1996).

O paciente passa a falar de um desconhecido, porém de algo que é próximo e hostil, pois trata do seu próprio eu e dos seus conflitos vividos naquele momento como externo, e a única forma que poderá ajudá-lo elaborar os fatos, é o contato com o seu próprio mundo interno. Por isso, percebe-se que é o medo que impede o confronto com o sofrimento, que podem tornar-se mais resistentes quando os pacientes não são colocados diante deles, ou seja, o paciente precisa ter um espaço para poder expressar a sua dor e uma escuta de alguém que dê um suporte ao seu sofrimento, podendo ser construído, esse espaço, pela equipe ou as pessoas que estão ao seu redor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as questões do início do trabalho, o que foi possível perceber é que os pacientes hospitalizados, decorrente de queimaduras, precisam de um espaço em que possam transformar em palavras a sua dor. Não somente a dor física, mas além dela, pois, tendo o olhar da Psicanálise como base, é possível pensar o ser humano não apenas como um corpo biológico, mas com um inconsciente e uma linguagem constituintes do ser. Dessa forma, a compreensão do sujeito que sofre a dor de uma queimadura precisa estar relacionada à subjetividade e a construção da história de vida de cada paciente.

O trabalho psicológico precisa consistir na possibilidade do paciente construir uma noção de continuidade, onde, através de sua fala, a noção de integridade de quem se é, apesar das diferenças induzidas pela queimadura, possa evitar a despersonalização.

O espaço de escuta, onde a presença de alguém que não rejeita o corpo marcado, mas que se ocupa das necessidades psíquicas dos pacientes, possibilita o reestabelecimento da capacidade de se comunicarem com o outro, permitindo que a sua pele, possa exercer as funções em relação às agressões exteriores e de contensão dolorosa, elaborados através da fala (ANZIEU, 1989). Nesse espaço, a psicologia desempenha um papel fundamental, pois muitas vezes é chamada no exato ponto em que a Medicina se depara com os seus limites, onde, nos atendimentos, foi possível observar a necessidade dos pacientes terem atendimentos e acompanhamentos de profissionais que possam com eles recontar a sua história e auxiliar no processo de alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

CARLUCI, V.D.S et.al. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.1, p. 21-28, 2007.

CARVALHO, F.L. **O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo, 2006.

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Desenvolvimento e Maturação. **Escritos da Criança**, n. 1, Centro Lydia Coriat, 1983a.

CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. **Escritos da Criança**, n. 4, Centro Lydia Coriat, 1983b.

CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.1, p.143-149, 2002.

DOLTO, F. **No jogo do desejo: ensaios clínicos**. São Paulo: Ática, 1996.

FERNANDES, M. H. **O corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERREIRA, L. A. **Ser-mae-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo**. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo, 2006.

FIRMINO, J. Suporte psicológico do paciente. In: MACIEL, E. & M.C. SERRA, M. C. **Tratado de Queimaduras**. p.381-382. São Paulo: Atheneu, 2006.

JARDIM, L. L. **O corpo e o real: escritos sobre a dor**. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.

KOLTAI, C. **Política e psicanálise: o estrangeiro**. São Paulo: Escuta, 2000.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. (p. 96-103) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1966.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MIELI, P. **Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.

NASIO, J. D. **Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

ROSSI, L. A. et.al. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.8, n.3, p.18-25, 2000.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias constitutivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SILVA, L. M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista Brasileira de Educação**. v.11, n.33, p.424-434, 2006.

TADA, I. N. C.; KOVACS, M. J. Conversando Sobre a Morte e o Morrer na Área da Deficiência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.27, n.1, p.120-131, 2007.

WINOGRAD, M. Freud, o corpo e o psiquismo. **Percursos: Revista Psicanalítica**. v.15, n.28, p.49-54, 2002.