

PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE PACIENTES COM FRATURA DE MEMBRO INFERIOR EM USO DE FIXADOR EXTERNO

PERCEPTION OF THE BODY IMAGE OF PATIENTS WITH LOWER MEMBER FRACTURE IN USE OF FIXER

Gabriela Vieira Lopes¹
Joana D Arc Silvério Porto²

RESUMO

Partindo da visão da psicanálise sobre o estatuto dado ao corpo e a função constitutiva da imagem corporal, o presente trabalho buscou investigar se há alterações na percepção da imagem corporal de pacientes internados na clínica ortopédica de um hospital de urgência e emergência do estado de Goiás, vítimas de fratura dos membros inferiores e em uso de fixadores externos. Trata-se de uma pesquisa quanti e qualitativa, na qual foram utilizados como instrumentos, a aplicação de questionário sociodemográfico e clínico e a técnica projetiva do desenho da pessoa. Após a análise dos dados coletados, foi possível levantar o perfil sociodemográfico da amostra, apontando para predomínio de população masculina, idade média de 31 anos para homens e 18 para mulheres, com maioria de solteiros e com baixa escolaridade. Quanto à imagem corporal, concluiu-se que pacientes hospitalizados, devido a traumas físicos, em uso de fixadores externos, podem apresentar alterações na percepção da imagem corporal. Sendo a imagem corporal estruturante para a constituição do eu, esta não fica isenta das alterações físicas e psíquicas vivenciadas pelo sujeito durante hospitalização. Destaca-se a relevância do papel do psicólogo hospitalar como profissional capaz de dar voz ao sujeito que vivencia um evento traumático, abrindo espaço para uma reorganização psíquica frente a uma desordem corporal.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise. Corpo. Ortopedia. Fratura. Fixador.

ABSTRACT

This study aimed to investigate whether there are changes in the perception of the body image of patients admitted in the orthopedic clinic of an urgency and emergency hospital in Goiás, who were victims of lower members fracture and in use of external fixators. It is a quantitative and qualitative research, in which a sociodemographic/clinical questionnaire and the projective technique of the person's drawing were used as instruments. After analyzing the collected data, it was possible to raise the sample's sociodemographic profile, resulting in the predominance of the male population, average age of 31 years for men and 18 for women, with the majority being single and with low schooling. Regarding body image, it was concluded that hospitalized patients due to physical trauma, using external fixators, may present alterations in body image perception. Being the body image structuring for the constitution of the self, it is not exempt of the physical and psychic changes experienced by the subject during hospitalization. It is important to highlight the relevance of the hospital psychologist role as a professional capable of giving voice to the subject who experiences a traumatic event, opening space for a psychic reorganization facing a bodily disorder.

KEYWORDS: Psychoanalysis, body. Orthopedics. Fracture. Fixator.

1 Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG) e graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Psicóloga Hospitalar do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL). E-mail: gabrielavlopes@hotmail.com

2 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Assessora do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: portojoana@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A partir da premissa de que o adoecimento perpassa pela questão corporal, o presente trabalho deriva de uma inquietação diante do estatuto dado ao corpo do sujeito adoecido e suas implicações subjetivas, frente às diversas demandas impostas a esse corpo acamado. Simonetti (2014, p. 19) destaca que “a doença é um real do corpo no qual o homem esbarra, e quando acontece, toda sua subjetividade é sacudida”.

Dentro desse contexto, e longe de cuidar apenas de doenças com origens consideradas psíquicas, a psicologia hospitalar se propõe a dar voz à subjetividade do paciente, devolvendo-lhe o lugar de sujeito retirado pela lógica de cura da medicina. Para além da cura, propõe-se a escuta das marcas reais e imaginárias da doença, busca-se abarcar um corpo simbólico, diferente do mero corpo físico (SIMONETTI, 2014). Mas que corpo é esse, trazido à tona ao se abordar os aspectos subjetivos presentes no adoecimento?

A relação do homem com seu corpo e adoecer tem sido objeto de questionamento desde os primórdios da civilização, e a literatura nos mostra que o homem buscou diferentes maneiras para lidar com tais questões. A busca pela cura perpassou e ainda perpassa, por rituais místicos, uso de ervas, xamãs, entre outras alternativas, visando o alívio das dores físicas e adiamento da morte (FONSECA, 2007).

O modelo biomédico, oriundo do dualismo cartesiano, através de um saber lógico e formal, parte da existência de um corpo mecanizado, o qual pode ser manipulado através dos diversos artefatos da ciência moderna. Em um movimento contrário à postura dicotomizada, a psicanálise surge, no século XX, e propõe um novo caminho ao seguir a lógica do inconsciente (FONSECA, 2007).

O corpo passa a não mais ser meramente biológico, ganhando novos lugares, não só na constituição do sujeito, mas consequentemente, no processo de adoecimento e hospitalização. Qual seria então, o estatuto do corpo para a psicanálise?

O CORPO PARA A PSICANÁLISE

Fundamentada na perspectiva psicanalítica, a questão do corpo se torna crucial para a diferenciação entre a atuação de um psicólogo em um hospital e as práticas médicas outrora estabelecidas. Para além da compreensão do corpo como um sistema homeostático, bio-psico-social, a psicanálise aponta para um corpo marcado pela pulsão e linguagem, o qual enuncia, por intermédio dos sintomas apresentados, a existência de um sujeito desejante (DURÃO, 2015).

A psicanálise, a partir da proposta da existência do inconsciente, diz de um corpo erogeneizado, marcado pela pulsão e pela linguagem, que ultrapassa a questão biológica. O sujeito, mesmo antes de nascer, já é marcado pelo imaginário dos pais, e nos seus primeiros anos de vida, seu corpo vai se constituindo através do investimento libidinal materno e desejo parental (FONSECA, 2007).

Deste modo, o corpo para a psicanálise é um corpo da representação inconsciente, marcado pelas significações advindas da história de vida do sujeito. Ao propor a teoria da sexualidade, Freud sai da idéia de um corpo de pura necessidade biológica para um corpo inserido na memória, linguagem, significação e representação. É através do sintoma que ele entra em cena na teoria freudiana. Teoria essa que perpassou por uma longa trajetória para o desenvolvimento do conceito de corpo e do Eu, iniciando pela teoria da sexualidade, a qual propôs uma primeira separação entre corpo biológico e psicanalítico, passando por um estágio autoerógeno e fragmentado até chegar-se ao corpo unificado pelo narcisismo (LAZZARINE e VIANA, 2006).

Essa unificação do Eu, ocorrida através da passagem do autoerotismo para o narcisismo, permite o surgimento de uma imagem corporal, criada através do olhar constitutivo do outro. A imagem corporal tem efeito formador e antecipa a maturação fisiológica e motora do sujeito, apontando para existência do corpo erógeno postulado por Freud, corpo que não se reduza ao biológico (CUKIERT ; PRISZKULNIK, 2002).

A IMAGEM CORPORAL

Tendo em vista a função estruturante da imagem corporal na constituição do Eu, muitas foram as considerações teóricas realizadas em torno de tal conceito. Dolto (2004) diferencia esquema corporal de imagem corporal, apontando para a construção e caráter dinâmico da última. O esquema corporal diz respeito a uma realidade de fato, a um viver carnal que permite o contato com o mundo físico. Enquanto a imagem corporal é singular e se constrói e se remaneja ao longo das experiências do sujeito no mundo (*Corpus et Scientia* (2009) apud ROCHA, 2016).

Dolto, assim como Lacan, apontam para a existência de um corpo imaginário, para além de suas capacidades físicas, que vai sendo construído a partir do investimento parental na criança. A imagem corporal diz respeito, então,

a um corpo narcísico, construído pela troca com o outro. O narcisismo garante, por um lado, uma continuidade da existência, uma “mesmice de ser”, e por outro permite constantes remanejamentos, através dos encontros com a castração (MARQUES, 2006).

Scatolin (2012) apresenta o conceito de imagem corporal criado pelo neurologista Paul Schilder (1935). Aponta que a imagem corporal seria a figuração do corpo que se apresenta à mente, a imagem que todos têm de si mesmo, imagem essa que tem um aspecto tridimensional. Defende que a imagem corporal perpassa por aspectos psicológicos, sociológicos e fisiológicos, estando em constante construção e desconstrução. Nessa perspectiva tridimensional, a imagem corporal é construída desde o nascimento do bebê, perpassando pela constituição libidinal e mudanças da zona erógena. Nessa construção, a relação com o outro e com o mundo externo vai diferenciando o eu-mundo, possibilitando assim a criação da imagem corporal, a delimitação do corpo através de projeções e introjeções.

A imagem corporal não trata apenas de uma imaginação ou sensação, mas constitui a figuração do corpo na mente. Com base nos órgãos sensoriais, nas percepções advindas da relação com o mundo externo, o sujeito vai construindo a imagem do corpo, a qual encontra-se em constante transformação. O corpo então, se constitui a partir de uma síntese global formada pelas percepções e representações destas, que vão se formando ao longo do desenvolvimento libidinal. Alterações na imagem corporal podem ocorrer quando há, ou não consonância com o corpo. Capsino (2010) afirma que existem dois grupos de fenômenos capazes de gerar alterações da imagem corporal: grupo ligado à aparência externa do corpo e o grupo ligado à aparência interna.

Dentro dessa percepção psicanalítica da imagem corporal, como instância inconsciente e subjetiva, abre-se caminho para discussão da imagem corporal em pacientes hospitalizados. Se o adoecer envolve alterações psíquicas, corporais e sociais, quais seriam as possíveis consequências na imagem corporal do sujeito que padece em um hospital?

O ADOECER EM ORTOPEDIA

“Adoecer é como entrar em órbita. A doença é um evento que se instala de forma tão central na vida da pessoa, que tudo o mais perde a importância ou então passa a girar em torno dela” (SIMONETTI, 2014, p. 37). Ao abordar o adoecer como uma nova órbita onde o sujeito se insere, o autor destaca o esforço deste ao se depara com a necessidade de uma nova organização diante de um tropeço inesperado no real, diante de uma realidade cruel. Retoma Lacan ao dizer desses eventos que desorganizam a vida do sujeito, causando angústia e susto, afinal, “o que é isso?”.

A experiência em uma clínica ortopédica de um hospital de urgência e emergência nos mostra que, a maioria dos pacientes que sofrem traumas ortopédicos se depara com esse “susto” de forma ainda mais abrupta. Ao vivenciarem acidentes de trânsito, acidentes domésticos ou de trabalho, quedas, esses sujeitos têm seu corpo e vida modificados a partir do evento ocorrido e precisam, então, dar conta dessa nova órbita ao adentrarem ao hospital.

Os momentos de crise colocam em perigo o equilíbrio e harmonia existencial do sujeito, trazendo um confronto com a idealização de uma completude, onde não há espaço para o adoecer. Essa impossibilidade de controle aparece quando o acaso abre uma brecha no real, estabelecendo novas configurações à realidade do sujeito (CAMON, 2012).

No ambiente hospitalar, há uma falta de garantia indicando que algo nos escapa, escancarando e trazendo à tona a castração do ser humano de forma abrupta. A castração se expressa aqui pelo corte, pela separação, a qual impõe ao sujeito a impossibilidade de ver seu desejo realizado pelo outro, a impossibilidade da completude (DERZI, 2003).

É no hospital que as histórias trágicas ocorrem. É neste espaço de acontecimentos inesperados que se presentificam situações de perdas. Como a perda da condição de um ser humano saudável, para uma condição de doente, a perda de um corpo inteiro para um corpo submetido a uma cirurgia deixando marcas, cicatrizes, mutilações, e inclusive causando a morte do paciente (DERZI, 2003).

Diante do inesperado, o trauma ocasionado pelo acidente aborda tanto questões relacionadas à economia psíquica, quanto ao trauma ortopédico, causando muitas vezes alterações corporais visíveis. Ao comprometer o sistema locomotor do paciente, a ortopedia se especifica ainda pela grande perda da autonomia dos sujeitos hospitalizados, os quais se veem dependentes de terceiros para locomoção e tarefas antes simples, como o banho.

O tratamento na ortopedia também apresenta especificidades. Requer imobilização, podendo ser realizada por meio de gesso, talas, fixadores externos e tração. Os fixadores consistem em aparelhos metálicos utilizados para manter a estrutura óssea, durante o tratamento, até a substituição por uma fixação definitiva, através de cirurgia para implantação de pinos, placas ou hastes. Sendo assim, durante o tratamento ortopédico, o paciente encontra-se

restrito ao leito e depara-se com aparelhos médicos visivelmente inseridos em seu corpo, fazendo com que o encontro com real se faça de forma mais tangível, mais palpável. Tanta tecnologia contrasta-se, de acordo com Camon (2012), com o desprezo pelas manifestações psíquicas evocadas pela fragilidade humana.

A experiência de trabalho na enfermagem ortopédica levantou questionamentos quanto ao uso de fixadores externos, prática médica tão utilizada em tal especialidade e pouco questionada, quanto à percepção subjetiva do paciente frente a tal vivência. Como lidar com um amontoado de ferros, que ao mesmo tempo em que trazem a promessa da cura, diferencia o paciente, limita-o, e impõe alterações a sua dinâmica corporal?

Diante de tais questionamentos, e remetendo à discussão realizada sobre estatuto do corpo para a psicanálise e a função constitutiva da imagem corporal, o presente trabalho buscou investigar se há alterações na percepção da imagem corporal dos pacientes que visualizam no corpo o adoecimento.

Tendo em vista a importância do conceito da imagem corporal, buscou-se compreender se o momento de hospitalização produz alterações na imagem corporal do sujeito adoecido. Especificamente na clínica ortopédica, focou-se no tratamento realizado com uso de fixadores externos, os quais alteram a estética corporal do paciente. Desse modo, o objetivo do presente trabalho foi investigar as implicações subjetivas na percepção da imagem corporal de pacientes vítimas de fraturas, em uso de fixador externo, internados em um hospital de urgência e emergência no estado de Goiás. Além disso, foram colhidos dados sociodemográficos da população estudada, a fim de descrever o perfil dos pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo realizado com onze (11) pacientes internados nas enfermarias ortopédicas do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), no mês de setembro de 2016, sendo incluídos os pacientes com fraturas nos membros inferiores, em uso de algum tipo de fixação ortopédica externa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCGO), na data de 10 de agosto de 2016, com parecer de número 1.672.342.

Como critério de avaliação, foram selecionados pacientes com no mínimo 48 horas de internação, procurando assim minimizar as variáveis que poderiam influenciar nos dados a serem colhidos, como alto grau de ansiedade e de dor relacionada ao pós-cirúrgico imediato. Pacientes com registros ou manifestações de distúrbios psiquiátricos não participaram do estudo, assim como aqueles que tinham fraturas em membros superiores, mesmo em uso de fixador externo, devido a dificuldades para realização dos procedimentos propostos na pesquisa.

Foram utilizados os instrumentos: 1) Questionário sociodemográfico e clínico para identificar características dos participantes como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, naturalidade, religião, profissão, número de filhos, tempo de internação, experiência anterior com acidentes, hospitalizações e a compreensão do participante frente ao seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. 2) Desenho da pessoa, como técnica projetiva para avaliação da imagem corporal, segundo os critérios estabelecidos pelo teste, Tree and Person (HTP), sendo utilizada a versão do autor Jhon N. Buck, traduzido por Renato Cury Tardivo (2003), tendo em vista ser a versão favorável pela análise do Satepsi (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos), e 3) Inquérito posterior ao desenho.

Os participantes foram abordados individualmente, no leito de internação ortopédica. Na mesma abordagem, aplicou-se o questionário sociodemográfico e clínico, e o desenho da pessoa, seguido pelo inquérito. Após a fase da coleta, os dados foram analisados quanti e qualitativamente, relacionando os fatores sociodemográficos e clínicos às informações obtidas através da aplicação da técnica projetiva do desenho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os onze (11) participantes realizaram as três etapas previstas: responderam ao questionário sociodemográfico e clínico, realizaram o desenho projetivo da pessoa e responderam ao inquérito do desenho.

De acordo com a análise descritiva dos dados sociodemográficos, observou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino (72,7%), com idade média de 31 anos para os homens e 18 anos para as mulheres. A escolaridade predominou entre ensino fundamental (45,5%) e médio (45,5%), sendo que apenas um participante afirmou ter nível superior (9,0%). Quanto à religião, a maioria afirmou ser evangélica (54,5%), seguida por católicos (27,3%). 45,5% dos pacientes eram solteiros, 27,3% casados, 18,2% divorciados/separados, e um paciente relatou viver em união estável (9,0%). Em relação à naturalidade, 36,36% relataram ser de Goiânia e região metropolitana, 36,6% de cidades do interior de Goiás, e 27,3% de outros estados.

Os dados clínicos apontaram como predomínio da causa do trauma sofrido os acidentes motociclísticos (63,7%), 18,2% foram vítimas de atropelamento, 9,1% violência e 9,1% acidente doméstico. 27,3% dos pacientes

afirmaram ter vivenciado experiência de hospitalização anterior, sendo que 72,7% negaram. Grande parte dos participantes nunca haviam sofrido acidentes anteriores (63,7%) e nem realizado cirurgias prévias (91%).

Os dados do questionário sociodemográfico e clínico vão de acordo com o indicado em diversos estudos sobre o perfil de vítimas de acidentes em hospitais de urgência. Di Credo e Felix (2012) analisaram o perfil dos pacientes atendidos em um hospital público de referência em trauma da cidade de Curitiba/PR, obtendo os seguintes dados: prevalência de 78% da população do sexo masculino, maior incidência dos traumas 65,16% entre as faixas etárias de 15 a 44 anos. Os principais mecanismos de trauma na amostra do estudo foram os acidentes de trânsito (50,3%), seguidos por quedas (22,5%) e a violência (21,2%). Motoki et al (2013) também demonstraram em sua pesquisa o perfil de homens jovens, solteiros e com baixa escolaridade como principais vítimas de acidentes automobilísticos com fraturas.

Orsati et al. (2004) em estudo da população fraturada de um hospital de São Paulo, destacam a predominância de acidentes automobilísticos, com maior índice de fraturas em membros inferiores. Nesse contexto, Fonseca, Amorim e Matos (2014) discutem sobre o crescimento de internações hospitalares devido às patologias traumáticas ocasionadas por causas externas, sendo a mais significativa os acidentes de trânsito, como maior número de pacientes em tratamento de membro inferior. Os autores afirmam que esse tipo de lesão necessita de cuidados específicos, como cirurgias reparadoras, corretivas, amputações, tratamentos prolongados de reabilitação física e psicológica, o que influencia diretamente na qualidade de vida dos sujeitos, em sua capacidade funcional, tornando-se um crescente problema de saúde pública.

De acordo com o Ministério da Saúde, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de óbitos no Brasil, sendo conceituadas como “lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões, homicídios, suicídios, abuso físico, sexuais e psicológicos)” (BRASIL, 2011 apud MAGALHAES ; CARVALHO, 2015, p. 151).

As implicações subjetivas, relacionadas ao acidente/trauma sofrido, e à experiência de hospitalização foram sistematizadas em quatro categorias definidas de acordo com o conteúdo apresentado no discurso, as quais foram analisadas juntamente com o desenho da pessoa:

Quadro 1- Categorização dos discursos dos participantes (N=11)

Categorias	Definição	F	%	Exemplos
Impactos da cena do acidente/trauma	Percepção/lembança do paciente da cena traumática vivenciada relacionada à questão corporal.	3	27,3%	P2 - “lembro da minha perna balançando”. P5 - “ tento lembrar e não consigo, só lembro do caminhão batendo na minha perna e depois dentro da ambulância”. P10 - “ só senti a pancada, quando vi o osso já estava de fora”.
Impactos subjetivos: Sentimento de inutilidade, dependência e perda da autonomia	Auto percepção do paciente diante da situação de hospitalização.	4	36,4%	P1 - “inútil, de mãos atadas...” P3 - “me sinto meio dependente dos outros, não consigo anda e tomar banho sozinho”. P7 - “eu não presto pra mais nada. Eu fico so dependendo dos outros, não posso nem ir ao banheiro está muito difícil”. (começa a chorar) P10- “não dá pra fazer planos, só o que as pessoas te ajudam”.
Preocupações com questões laborais/financeiras	Ansiedade diante da paralização, mudança de rotina, responsabilidades familiares.	3	27,3%	P2- “agoniado por não poder trabalhar”. P4- “o tempo que estou aqui tinha que estar trabalhando”. P5- “pânico total pra voltar pra casa. Medo das contas atrasar, preocupação com os filhos”.
Perspectivas futuras	Avaliação pelo paciente das alterações subjetivas ocasionadas pelo processo de hospitalização.	3	27,3%	P6- “Outra pessoa, uma pessoa mais cabeça vou pensar duas vezes antes de fazer alguma coisa. Parei de beber vou dedicar mais a minha família”. P8- “outra visão, vou valorizar a vida, sei lá!”. P9- “antes eu era um menino dono do nariz estressadinho, agora estou precisando de ajuda”.

Quadro 2- Características do desenho projetivo da pessoa (N=11)

Dados obtidos no desenho/Participante	Proporção	Perspectiva	Detalhes essenciais	Detalhes não essenciais
Participante 1 (P1)	Simétrico	Localização: central Tamanho: médio	- Braço desconectado do corpo - Perna esqu-erda diferenciada - Próprio sexo desenhado	- Pouca roupa - Dedos pontiagudos - Qualidade da linha leve
Participante 2 (P2)	Simétrico	Localização do desenho: central Tamanho: grande	- Perfil - Omissão do corpo - Cabeça grande - Próprio sexo desenhado	- Qualidade da linha fragmentada e sombreada
Participante 3 (P3)	Simétrico	Localização do desenho: superior Tamanho: médio	- Pernas abertas - Pupilas omitidas - Próprio sexo desenhado	- Pés descalços - Mãos no bolso - Qualidade da linha leve
Participante 4 (P4)	Simétrico	Localização: central inferior Tamanho: médio	- Braços finos - Pupilas omitidas - Pernas abertas - Próprio sexo desenhado	- Pescoço longo - Omissão da linha do queixo - Dedos pontiagudos
Participante 5 (P5)	Simétrico	Localização: superior esquerdo Tamanho: médio	- Ênfase nos braços - Pernas abertas - Sexo oposto desenhado	- Mãos no bolso - Pescoço omitido - Sombreamento nos pés - Qualidade da linha sombreada
Participante 6 (P6)	Simétrico	Localização: central Tamanho: médio	- Cabeça grande - Pernas abertas - Próprio sexo desenhado	- Dedos como pétalas - Qualidade da linha sombreada
Participante 7 (P7)	Simétrico	Localização: inferior Tamanho: médio	- Braços finos - Ombros quadrados - Pernas abertas - Sexo oposto desenhado	- Mãos atrás das costas - Qualidade da linha sombreada
Participante 8 (P8)	Simétrico	Localização: superior esquerdo Tamanho: médio	- Omissão das pernas e pés - Pupilas omitidas - Dentes - Próprio sexo desenhado	- Pouca roupa - Dedos pontiagudos - Linha de solo pontiaguda
Participante 9 (P9)	Simétrico	Localização: central Tamanho: grande	- Pés omitidos - Ênfase nos traços faciais - Próprio sexo desenhado	- Qualidade da linha sombreada
Participante 10 (P10)	Assimétrico	Localização: superior esquerdo Tamanho: médio	- Tronco desproporcionalmente grande - Braços finos - Pernas diminuídas - Pupilas omitidas - Próprio sexo desenhado	- Pouca roupa - Pés desproporcionalmente pequenos - Mãos pequenas
Participante 11 (P11)	Assimétrico	Localização do desenho: central esquerdo Tamanho: médio	- Cabeça grande - Pupilas omitidas - Corpo palito - Pernas sombreadas - Sexo oposto desenhado	- Pouca roupa - Mãos e pés omitidos

As respostas relacionadas, ao momento do acidente demonstram a percepção, no corpo, da interrupção física e subjetiva, causada pela quebra do membro, da crueza da cena em que se vê uma parte do corpo desconfigurada, trazendo à tona a fragilidade humana e a sensação de paralização. Não que em demais clínicas médicas essa percepção não ocorra. Pacientes com os diversos diagnósticos em um hospital se deparam com a questão da finitude humana e perdas advindas do adoecimento. No entanto, nem sempre são tão visíveis e tão repentinas como as ocasionadas por traumas devidos a causas externas. De acordo com Sebastiani (2002), o paciente acometido por um acidente ou mal súbito experimenta um sentimento de descontinuidade, o qual desencadeia diversas reações emocionais, entre elas sentimento de medo, impotência, revolta, produzindo um momento de crise e ocasionando respostas biopsicossociais que se fazem de extrema importância para compreensão e intervenção da equipe de saúde.

A prevalência de discursos dos pacientes relacionados a sentimentos de inutilidade, dependência, perda da autonomia associados ao processo de hospitalização vão, então, ao encontro do que apontam os estudos em psicologia hospitalar, os quais destacam os aspectos subjetivos ocasionados diante da retirada do sujeito de seu ambiente familiar, sua rotina e inserção em um hospital. Fongaro e Sebastiani (2012) citam sentimentos de impotência, dependência, ansiedade e desamparo como manifestações psíquicas frequentemente encontradas em pacientes hospitalizados.

Diante do evento inesperado, causador de uma mudança repentina na rotina de vida do paciente, a instituição hospitalar e o trauma físico aparecem no discurso dos pacientes como paralisante e causadores dessa crise. Surge com frequência na fala dos pacientes a questão da imobilidade na clínica da ortopedia, na qual os pacientes precisam lidar de uma forma direta com a impossibilidade de movimentarem-se sozinhos e com o real escancarado no membro afetado.

Além da fala, a maioria dos pacientes apresentou também aspectos relacionados a sentimentos de ansiedade e insegurança, através do desenho, destacando-se dois pacientes que demonstraram indícios de tensão e hostilidade relacionados à existência de um ambiente restritivo (P2, P9).

Magalhães e Carvalho (2015) afirmam que a pessoa que sofre um trauma físico está sujeita a possibilidade de vários tipos de sequelas, além do risco de morte. O trauma deixa uma marca vivida com dor e sofrimento emocional, podendo causar um período de fragilidade e mobilizações psíquicas. A morte, antes referida apenas como morte do outro, passa a ser um medo real, e nessas situações o trauma físico e o psíquico podem estar presentes ao mesmo tempo. O corpo aparece aqui como limite à certeza do gozo.

Relacionando os aspectos emocionais com a projeção da imagem corporal, observou-se que, no desenho de cinco participantes (P3, P4, P8, P10, P11), surgiram indicativos de pobre contato com a realidade e de evitação de estímulos visuais desagradáveis, fator que pode ser relacionado à dificuldade subjetiva dos pacientes em lidar com as alterações corporais vivenciadas diante do trauma ortopédico, o qual inclui feridas expostas, muitas vezes extensas, e o uso de fixadores externos. Além disso, em três participantes foram evidenciados traços de organicidade (P4, P7, P10), apontando para o destaque da questão do corpo.

Outros três participantes apresentaram significativas alterações no desenho da pessoa em relação aos membros inferiores (parte afetada pelo trauma ortopédico). Os pacientes P1 e P10 demonstraram alterações no desenho do membro em uso de fixador externo e o paciente P8 omitiu por completo as pernas e pés, além de trazer em seu desenho características de agressividade e hostilidade.

A omissão das pernas e pés nos desenhos projetivos aponta, segundo o manual do HTP, para presença de conflitos relacionados a tal parte do corpo e para sentimentos de desamparo e perda da autonomia. Aspectos relacionados à inadequação física também apareceram nos desenhos de P10 e P11, sendo que no último houve omissão dos pés e mãos.

Diversas foram as indicações projetivas de sentimentos de rigidez, resistência frente a uma realidade hostil, ansiedade e desamparo presentes nos desenhos dos participantes, completados por discursos de sensação de paralização, de perdas sociais e afetivas, durante o período de vivência no hospital. Dentre elas, a questão do trabalho aparece diante da paralização imposta pelo corpo adoecido. Entendendo o trabalho como condição de vida própria em uma sociedade capitalista, Rodrigues (2003) afirma que o sujeito perde a direção do desejo quanto perde a capacidade de produzir, tendo em vista que é o discurso do capitalista quem impulsiona a economia do desejo e estimula a ilusão da completude, sendo o corpo mais uma engrenagem nesse processo.

Durante o inquérito posterior ao desenho, foi possível observar o quanto foi inquietante para os pacientes entrarem em contato com a percepção de sua imagem corporal, durante um momento de mobilização física e psíquica. Alguns apresentaram reações de choro, reviveram a cena do trauma, identificaram sentimentos, outros buscaram o caminho da evasão. Contudo, de alguma forma puderam sair da pura visão corpórea do acidente, para iniciar possíveis caminhos de elaboração.

O limiar de cada sujeito para tolerância do trauma é singular, cabendo a cada um encarar e elaborar a situação vivenciada diante do adoecimento físico de acordo com seus próprios recursos. Nem sempre uma situação traumática para um, será necessariamente traumática para outro. Mas, segundo Magalhães e Carvalho (2015) um importante caminho a ser oferecido para a melhora do trauma psíquico é que o paciente possa falar sobre o trauma físico. Quando as narrativas livres são associadas às dores no corpo e às emoções, observa-se o efeito de alívio da angústia com possibilidade de eliminação de sintomas e ressignificação da cena traumática.

Pode-se constatar que, tendo em vista ser a imagem corporal uma função estruturante para a constituição do EU, construída e reconstruída a partir das experiências do sujeito, esta não fica isenta das alterações físicas e psíquicas ocasionadas pela hospitalização e uso de tecnologias médicas inseridas em seu próprio corpo. Cada paciente, a sua maneira, frente a uma brecha no real, precisa buscar outros caminhos a serem trilhados diante da nova realidade imposta pela lesão, seja ela passageira ou não. E é o psicólogo hospitalar que, dentro da equipe de saúde, o profissional capaz de intervir na urgência psíquica e possibilitar ao sujeito dizer sobre seu sofrimento, introduzindo a escuta como forma do paciente reconstruir sua história.

Nesse sentido, Sebastiani (2002) defende que a atenção à pessoa hospitalizada não deve considerar apenas sua doença e seus sintomas, mas todas as variáveis que envolvem o sujeito, possibilitando que este resgate o sentimento de continuidade, editando outras formas de relação com o corpo, com a vida, e com as limitações porventura impostas pelo trauma físico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, partindo da complexidade da relação da imagem corporal e adoecimento, visa levantar reflexões quanto às práticas na clínica ortopédica, tão necessárias para a cura médica e de incontestáveis resultados. Busca-se, contudo, voltar os olhos para a subjetividade desse sujeito adoecido em uma parte da medicina na qual a concretude se faz tão presente. Para além de ossos, pinos e ferros, existem sujeitos, desejantes, que carregam as mais diversas histórias de vida e de repente passam a carregar também fixadores, estabelecendo a partir daí novas realções com seu corpo.

Após a análise dos dados coletados, é possível concluir que pacientes hospitalizados devido a traumas físicos, com uso de fixadores externos podem apresentar alterações na percepção da imagem corporal. Diante dos resultados, levanta-se a relevância do papel do psicólogo hospitalar como profissional capaz de dar voz ao sujeito que vivencia um evento traumático, abrindo espaço para uma reorganização psíquica frente a uma desordem corporal.

Ressalta-se a importância de novos estudos na área, tendo em vista a falta de produção teórica específica no campo da ortopedia, o qual apresenta crescente demanda dentro das instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS

CAPSINO, H. F. Imagem corporal. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 255-270.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 1, p. 143-149, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100014>. Acesso em: 10 maio 2016.

DERZI, C. A. M. Da tragédia à beleza do sujeito. In: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte**: da urgência ao ato analítico. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 3-8.

DI CREDO P. F.; FELIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 126-131, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Felix3/publication/271714122_PERFIL_DOS_PACIENTES_ATENDIDOS_EM_UM_HOSPITAL_DE_REFERENCIA_AO_TRAUMA_EM_CURITIBA_IMPLICACOES_PARA_A_ENFERMAGEM/links/564f57fc08aeafc2aab3ce33.pdf>. Acesso em: 21 out. 2016.

DURÃO, N. G. Psicossomática: o sujeito, sua relação com o corpo e o adoecer. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. **Psicologia, saúde e hospital**: contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2015. p. 115-124.

FONGARO, M. L. H.; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Cengage Learning, 2012. p. 05-55.

FONSECA, M. C. B. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS) – lidar com o sem sentido. *Ágora: Estudos e Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 229-244, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982007000200006>. Acesso em: 2 out. 2017.

FONSECA, M. A. et al. Fraturas em membros inferiores por causas externas: significado para indivíduos hospitalizados. **Revista InterScientia**, João Pessoa, v. 2, n. 2, p. 04-15, set./dez. 2014.

FREUD, S. **Estudos sobre a histeria (1895-1969)**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 2.

_____. **Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1905-1969)**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 12.

_____. **Sobre o narcisismo**: uma introdução (1914-1969). Rio de Janeiro: Imago, 1969. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 14.

LAZZARINE, E. R.; VIANA, T. C. O corpo em psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-249, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200014>. Acesso em : 10 maio 2016.

ORSATI, F. T. et al. Estudo da população fraturada, devido a acidentes de trânsito, internada na Santa Casa de São Paulo. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2017.

MAGALHÃES, A. M.; CARVALHO, A. M. S. Trauma e toxicomania: quando a imobilidade do corpo físico mobiliza o psíquico. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. **Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional**. Belo Horizonte: Artesã, 2015. p. 115-124.

MARQUES, S. T. **Quando a prótese não é uma muleta: um estudo psicanalítico sobre a experiência de amputação e reconstrução do corpo**. 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=8567@1>. Acesso em: 12 abr. 2016.

MOTOKI, T. H. C.; CARVALHO, K. C.; VENDRAMIN, F. S. Perfil de pacientes vítimas de trauma em membro inferior atendidos pela equipe de cirurgia reparadora do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 2, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000200018&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2016.

ROCHA, I. P. Consciência corporal, esquema corporal e imagem do corpo. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 26-36, set. 2009. Disponível em: <<http://apl.unisiam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/161/127>>. Acesso em: 12 maio 2016.

RODRIGUES, P. V. Desejo, corpo e sofrimento contemporâneo. In: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico** Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 35-45.

SCATOLIN, H. G. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 115-120, 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/13586/10093>>. Acesso em: 12 maio 2016.

SEBASTIANI, R. W. **Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no Hospital Geral**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SIMONETTI, A. **Manual da Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

Enviado em: 03/08/2016.

Aceito em: 29/11/2016.