

Questões psicológicas acerca de pacientes internados em uma enfermaria de dermatologia

Marcella C. Laboissière,^{1*} Mônica S. d'Escragnolle Taunay²

Resumo

O artigo foi elaborado a partir da interseção entre o campo da medicina, especificamente a dermatologia, e a psicologia médica, disciplina de saúde mental aplicada à esfera do hospital geral. Os fundamentos da teoria e da clínica psicanalíticas foram escolhidos como alicerces da psicologia médica. O texto foi desenvolvido a partir de atendimentos realizados com pacientes internados na enfermaria de dermatologia. Destacamos no ano de 2014 um total de sete casos, sendo psoríase e pênfigo as duas patologias prevalentes. Optou-se pela pesquisa qualitativa, adotando o método de estudo de caso da enfermaria. O estudo de caso adquire como particularidade a escuta reservada de cada paciente, mesmo que no contexto coletivo. A proposta do trabalho é uma oportunidade para tentar responder, no tempo presente, ao desafio que é para o psicólogo estar no hospital diante do paciente que possui marcas expostas em seu corpo. A abordagem da investigação caracteriza-se por salientar a escuta do profissional de saúde mental em uma equipe multiprofissional. A oferta de tratamento da psicologia médica e o olhar singular da psicanálise sobre o sintoma operam como contribuição da psicologia para o contexto hospitalar e para o âmbito da saúde.

Descritores: Dermatologia; Psicologia médica; Psicanálise; Corpo.

Abstract

Psychological issues about patients admitted to a dermatology ward

This article was prepared from the intersection between the field of medicine, especially dermatology, and medical psychology, mental health discipline applied to the general hospital ambience. The authors used the foundations of psychoanalytic theory and clinic as groundwork of medical psychology. This text was developed from care provided to patients admitted to the dermatology ward. We highlight in the year 2014 a total of seven cases, psoriasis and pemphigus were the two prevalent pathologies. This study opted for the qualitative research, adopting the ward case study method. The case study takes the particularity listening reserved for each patient, even if in the collective context. The proposed work is an occasion to try to respond to the current challenge, for the psychologist, of facing the hospitalized patient with exposed marks on his body. The approach of this research is characterized by emphasizing the listening of the professional of mental health in a multidisciplinary team. The medical psychology treatment and the unique perspective of the psychoanalysis on the symptom represent a contribution of

1. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Unidade Docente Assistencial de Saúde Mental e Psicologia Médica. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Endereço para correspondência:

UDA de Psicologia Médica, HUPE, UERJ
Boulevard 28 de setembro, 77, 4º andar
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20551-030.
E-mail: mtaunay@ig.com.br

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2016;15(2):106-112

doi: 10.12957/rhupe.2016.28234

Recebido em 28/03/2016. Aprovado em 15/09/2016.

the psychology to both the hospital and healthcare context.

Keywords: Dermatology; Medical psychology; Psychoanalysis; Body.

Resumen

Cuestiones psicológicas acerca de los pacientes internados en una enfermería de dermatología

El artículo fue escrito a partir de la convergencia entre el campo de la medicina, específicamente la dermatología y la psicología médica, disciplina de la salud mental aplicada a la esfera del hospital general. Como bases de la psicología médica se eligieron los fundamentos de la teoría y la clínica psicoanalítica. El texto se desarrolló a partir de la atención prestada a los pacientes ingresados en la enfermería de dermatología. Evidenciamos en el año 2014 un total de siete casos, siendo la psoriasis y pênfigo las dos patologías prevalentes. El trabajo propuesto es una ocasión para tratar de responder en la actualidad, sobre el desafío que implica para el psicólogo estar en el hospital delante de un paciente que tiene marcas expuestas en su cuerpo. El enfoque de la investigación se caracteriza por remarcar la importancia que tiene la escucha del profesional de salud mental en un equipo multidisciplinario. La provisión de tratamiento de la psicología médica y la mirada singular del psicoanálisis sobre el síntoma, operan como una contribución de la psicología para el contexto hospitalario y para el ámbito de la salud.

Palabras clave: Dermatología; Psicología médica; Psicoanálisis; Cuerpo.

Introdução

A discussão apresentada neste trabalho aborda a transmissão de casos de pacientes internados na enfermaria masculina de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) à luz da psicologia. Essas formulações, na medida em que se referem aos atendimentos individuais, colocam em consideração a particularidade de cada caso, ainda que no trabalho coletivo. Ao incluirmos a psicologia médica, o discurso psicanalítico e a escuta do inconsciente no conjunto da equipe do hospital geral, indicamos o atendimento multiprofissional como a política institucional possível.

A psicologia se mantém até os tempos atuais como o campo da ciência que preza pela fala; sem esse recurso, o campo é seriamente afetado. Dessa maneira, o profissional de psicologia médica, dentro do hospital geral, utiliza de forma específica à sua disciplina, a escuta minuciosa de cada caso, criando espaço e abrindo possibilidades para que a fala de cada paciente emergja. Para além do paciente, a escuta se estende à família e à equipe.

A psicologia médica se apresenta como um capítulo recente na história da saúde; seu ensino se entrelaça com a chamada medicina psicossomática. Neste intento, corpo e psíquico assumem relevâncias igualmente estudadas. Na condição de disciplina, a psicologia médica faz parte do campo de atuação da saúde mental dentro do hospital geral, operando em conjunto com a psiquiatria, psicologia e demais áreas afins.

Ressaltamos a importância dos campos da medicina psicossomática e da psicologia médica no Brasil, servindo como espaços importantes que enfatizam os aspectos psicológicos e emocionais no curso das doenças dentro do âmbito hospitalar. Vale dar relevo ao médico e psicanalista Júlio de Mello Filho,¹ destaque na área médica no Brasil.

Segundo esse autor, dentre as inúmeras contribuições de Freud² para o estudo da mente humana, após a introdução do conceito de inconsciente, refletir sobre a perspectiva da vida mental do sujeito tomou outra perspectiva, não mais aquela pautada na história da doença, tal como entendida pela medicina clássica. Ele descreve que o sucessivo encadeamento dos eventos vitais dão um novo sentido à biografia do homem, à história de sua vida.¹ O comportamento humano passa ao estatuto do entendimento, adquirindo outro vértice, apontando para além da mera descrição de patologia. Assim como Júlio de Mello Filho,¹ Muniz e Chazan,³ pautados no

novo paradigma de sujeito e, consequentemente, nas novas relações estabelecidas, aprofundam ainda mais o olhar. Afirmam que a psicologia médica tem como principal objetivo o estudo das relações humanas no contexto médico.²

Para a elucidação das relações humanas nesta conjuntura, faz-se necessária a compreensão de sujeito e, para isso, utilizamos o recorte da psicanálise. A prática da psicologia médica no hospital geral toma corpo no âmbito das enfermarias, ambulatorios, centro de terapia intensiva (CTI), e se estende para o Programa de Saúde da Família (PSF) e interconsultas.

A psicanálise, por sua vez, criada por Sigmund Freud,² no final do século XIX e início do século XX na Europa, compreende-se como o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.⁴

A psicanálise aponta para a existência do inconsciente; sem isso não poderíamos falar em psicanálise. Para tal feito, foi necessária a presença das histéricas com seus enigmas no corpo, trazendo conversões e ataques, de uma ordem para a qual a medicina clássica não possuía explicação no presente momento. Ao escutar as histéricas, Freud criou o conceito de inconsciente e delineou sua importância junto aos paradigmas do corpo, subverteu a lógica predominante e trouxe um novo olhar para o campo da medicina. Um novo paradigma era lançado.⁴

Usando a escolha da escuta psicanalítica para referenciar este estudo, em consonância com o saber da psicologia médica, acreditamos que esta soma fomenta questionamentos sobre o tema abordado. No caso da escolha dessa enfermaria, a psicóloga, aluna de especialização, permaneceu por aproximadamente 8 meses como parte do quadro fixo da equipe, atuando principalmente em conjunto com os médicos, enfermeiros e assistentes sociais. O trabalho aqui desenvolvido parte da prática semanal de supervisão.

Nosso trabalho é uma tentativa de responder, no tempo presente, ao desafio que é para o psicólogo estar no hospital diante das questões subjetivas. Assim, neste contexto, as perguntas norteadoras que perpassam todo o trabalho, são: "Quais as dimensões das representações de corpo vestidas pelos pacientes?" "Existe alguma relação entre corpo, doença e angústia?"

Para tanto, foi coletado o material de suporte para o estudo e discutidas, em supervisão, as repercussões geradas. Realizamos recortes das falas a partir dos atendimentos, adicionando a imersão na teoria. Finalmente, tornou-se possível enlaçar teoria e prática, apostando no desafio da interface entre medicina, psicologia médica e psicanálise.

Referencial teórico

A psoríase, o pênfigo e a medicina

No HUPE, a unidade de dermatologia compreende ambulatório, enfermaria, residência médica e, sobretudo, um serviço credenciado à Sociedade Brasileira de Dermatologia do Rio de Janeiro que realiza pesquisas a níveis regionais e nacionais. Nesta enfermaria, a psicologia médica faz parte do quadro da equipe, atuando em formato multidisciplinar. Abrange enfermaria masculina e feminina, contando com sete leitos em cada unidade.

O campo da dermatologia é aquele em que a preocupação médica se concentra nos entendimentos de diagnósticos e tratamentos dos pelos, das mucosas, dos cabelos, das unhas e, principalmente, das afecções da pele. No livro “Dermatologia”,⁵ o autor discorre sobre a importância da pele, traçando uma correspondência entre esta e as funções dos órgãos, como: proteção, interação, homeostasia, o despertar de interações sexuais, cheiros, secreções. E ressalta: “vale lembrar que, muitas vezes, condições psíquicas do indivíduo manifestam-se na pele, que tem, ainda, conotações de ordem racial, social e sexual”.⁵ Nesta pesquisa, iremos dar relevo às condições psíquicas que acometem a pele, ponto crucial no enlace do tema.

Destacaremos e daremos ênfase às duas patologias dermatológicas na pele prevalentes na enfermaria, psoríase e pênfigo. Foi observado um total de sete casos. Será feita uma breve conceituação das patologias a partir da perspectiva médica, a fim de clarear o campo de intersecção de nossa pesquisa.

Tendo como referência a Sociedade Brasileira de Dermatologia,⁶ a psoríase é entendida como uma doença da pele relativamente comum, crônica e não contagiosa. É uma doença cíclica, ou seja, apresenta sintomas e sinais que desaparecem e reaparecem periodicamente. Sua causa é desconhecida, mas sabe-se que pode ter causas relacionadas ao sistema imunológico, às interações com o meio ambiente e à suscetibilidade genética. Acredita-se que ela se desenvolve quando os linfócitos T, (células responsáveis pela defesa do organismo), atacam as células da pele.

A partir do levantamento feito acerca da patologia, foi verificada a pluralidade de tipos de psoríase, assumindo uma variação de quase sete formas diferentes de acometimento na pele. Segundo consta nas referências, a depender do estado do paciente e do tipo de patologia, o ciclo da doença pode durar semanas ou meses. Com relação aos sinais e sintomas da doença, estes podem variar de acordo com cada caso. São eles: manchas vermelhas pela pele, prurido, inchaço, queimação, calor, entre outros. São listados alguns fatores que podem aumentar a chance da doença surgir, como: histórico familiar, estresse, obesidade, tabagismo, consumo de bebida alcólicas e clima frio.

O tratamento é feito por meio de fármacos, da exposição à luz ultravioleta e, de forma explícita, é recomendado “acompanhamento psicológico em alguns casos”. Acredita-se que “a psoríase pode ter um impacto significativo na qualidade de vida e na autoestima do paciente, o que pode piorar o quadro”.⁶

Quanto ao pênfigo, a descrição é caracterizada por ser uma doença autoimune, rara, crônica e com formação de bolhas na pele e nas mucosas (boca, nariz, garganta, olhos e órgãos genitais). Normalmente, o sistema imunológico produz anticorpos para atacar vírus e bactérias nocivas, mantendo-nos saudáveis. Em pessoas com pênfigo, no entanto, o sistema imunitário ataca células da epiderme e das mucosas. Não se sabe o que desencadeia a doença, entretanto, há evidências de que algumas pessoas tenham predisposição genética para tal. Apesar disso, não há nenhuma indicação de que seja hereditária. No Brasil, é conhecido como “fogo selvagem”, sendo diagnosticado, sobretudo, em áreas rurais.⁵

Para que se confirme o diagnóstico, uma biopsia de pele deverá ser solicitada pelo médico dermatologista. Com relação ao tratamento, é indicado o uso de corticoides e imunossupressores. Quando os referidos medicamentos são usados em altas doses são comuns efeitos colaterais, tais como: hipertensão, catarata, glaucoma, diabetes, entre outros. É frequente no tratamento do pênfigo a participação de outras clínicas, como oftalmologia, cardiologia e reumatologia. A doença é considerada grave, podendo levar a óbito.

A ação dos medicamentos é considerada lenta e gradual, e o tratamento é longo, podendo durar anos na maioria das vezes. As bolhas e feridas demoram meses ou anos para desaparecerem; os anticorpos permanecem no sangue e, muitas vezes, com a doença já quase controlada e com as doses diminuídas por efeito dos medicamentos, pode acontecer recidiva.

Pensar no tratamento de pacientes com este nível e magnitude de acometimento, e ainda, internados em situação hospitalar, é se interrogar a todo o momento sobre o destino desse corpo lesionado, ou melhor, qual a significação dada à doença, que dependendo da gravidade, é capaz de levar o sujeito à morte. A psicanálise, mesmo quando exercida no hospital, abrange a notoriedade de corpo para além do discurso médico vigente, fora dos marcos biológicos. Ainda que, para este marco biológico da ciência médica, o sujeito seja calçado e amparado pela mensuração de células e tecidos, para a psicanálise, o sujeito é marcado e perpassado pela linguagem, pela contradição, pelo padecimento do pathos, a paixão em existir.⁶ É nesse sentido que a atuação do profissional da psicologia médica se torna um desafio, demandando a escuta diferenciada para além do corpo orgânico.

Objetivo

A partir dos casos descritos e das articulações teóricas propostas, pretendemos problematizar a relação desses sujeitos acometidos por patologias dermatológicas graves com seus corpos. Assim, o objetivo do estudo é a compreensão dos pacientes internados na enfermaria masculina de dermatologia do HUPE.

Tendo as perguntas lançadas no início do trabalho como ponto de partida, pretendemos incluir como principal referência a significação dada pelos próprios pacientes acerca dos acometimentos que os levaram à internação.

Método

Para fundamentar o trabalho proposto foi realizado o levantamento dos casos mais prevalentes de internação na enfermaria masculina de dermatologia, no período de julho de 2014 a fevereiro de 2015. A partir dos atendimentos realizados na enfermaria, das anotações particulares e de prontuários, foi constatada a preponderância de homens da fase de meia idade a terceira idade (de 40 a 75 anos), sendo apenas um paciente jovem.

Com relação às patologias dermatológicas, foram selecionadas, neste período, as de maior impacto, sendo elas: psoríase e pênfigo. Optamos pela pesquisa qualitativa, adotando o método de estudo de caso da enfermaria na qual, apesar do relato de sete casos, a investigação consistiu na escuta reservada de cada um, particularizando o caso a caso.

Segundo Araújo e colaboradores,¹⁰ o uso da metodologia do estudo de caso é aplicada quando se parti-

culariza a compreensão e a exploração, envolvendo acontecimentos e contextos complexos. Ainda segundo os autores, outro ponto a ser levado em consideração é a coleta de dados utilizando diversos recursos, ponto decisivo para a escolha do método no estudo. Foi garantido aos pacientes o sigilo de informações que poderiam gerar alguma identificação do caso, trazendo o embasamento do Art.9º e do Art.16º do Código de Ética Profissional do Psicólogo.¹¹

Casos e considerações

A ação da psicologia médica na enfermaria de dermatologia suscita inúmeros questionamentos acerca da internação do paciente. Os motivos que os levaram ali, o encontro ou muitas vezes o desencontro entre a queixa da equipe e a queixa do paciente, o tratamento proposto, a lentidão e a inexistência de diagnóstico, a história pregressa, entre outros pontos espinhosos. A partir da frequência semanal na enfermaria, nas conversas com a equipe, com as famílias, nas infundáveis idas ao leito e com o aparato da supervisão, foi possível pensar em cada caso com o intuito da construção de algum saber sobre eles.

Os pacientes internados nesta enfermaria possuem, em sua maioria, uma especificidade marcante, a lenta recuperação das lesões, o que acarreta em longo tempo de internação. A ideia de chegar a um diagnóstico preciso, atrelado ao lento efeito esperado do tratamento, faz com que o paciente, em muitos casos, continue apresentando os sinais e sintomas da doença, e mesmo assim, haja a prescrição da alta hospitalar. Não é de pouco efeito que haja volumosos casos de reincidência, afinal de contas, estamos lidando principalmente com patologias crônicas.

A média de tempo de duração da internação é de dois a três meses, o que faz com que alguns comentários por vezes apareçam de forma aleatória e repetitiva. O jogo de futebol do final de semana, a atual política do país, a situação do hospital, a ausência ou o excesso das visitas familiares etc. Esses são assuntos recorrentes, sobretudo, nas primeiras investidas. Contudo, o que permeia a escuta diferenciada é a forma com que cada elemento é colocado, como a história é contada e recontada, aparecendo assim, a subjetividade de cada sujeito.

Nas primeiras idas ao paciente, múltiplas reações advinham, principalmente pelo estigma que a psicologia carrega até os tempos atuais. “Não estou maluco!”, “Psicólogo? O que eu fiz?”, são frases comumente escutadas. Ressaltamos que dentro do hospital geral, a prática psicológica pode ser colocada no ponto em que

Artigo original

a oferta da escuta diferenciada aponta para uma criação de demanda do lado do paciente.

Logo de entrada, a pergunta: “O que você acredita que tem?”, era lançada, mesmo que de antemão já se soubesse o motivo da internação por meio dos prontuários e da equipe. A pergunta assim formulada envereda por uma trajetória que vai para além da utilização primordial do olhar, estratégia médica por excelência, e busca a escuta do paciente, daquilo que ele sabe de sua enfermidade e como a representa. Retomamos, a partir de Foucault, a importância dessa pergunta. No prefácio do livro, “O nascimento da clínica”,⁷ Foucault salienta que, com o aparecimento da clínica no fim do século XVIII e início do século XIX, a pergunta: “O que é que você tem?”, momento inicial do diálogo entre médico e doente, foi pouco a pouco sendo substituída pela indagação: “Onde lhe dói?”, assinalando a fragmentação feita pelo discurso médico na dita modernidade. O filósofo aponta por onde iria enveredar o nascimento da clínica e sua interligação com o novo hospital que surgira, tornando-se um novo espaço terapêutico.

O resgate dessa pergunta feita à beira do leito é, portanto, uma tentativa de indagar o sujeito sobre o seu saber, dando voz à verdade do sujeito. Dessa maneira, é inevitável o aparecimento do discurso particular de cada um, da história familiar, da percepção de corpo, da fragilidade do momento e da expectativa frente ao tratamento.

A., 74 anos, na primeira entrevista, diz: “Eu não sei o que eu tenho, nem os médicos sabem. Como vou saber?”. A., assim como muitos pacientes dermatológicos graves, convive durante um bom tempo com a mudança de diagnóstico, ou até mesmo, com a ausência dele, permanecendo atrelado ao saber da medicina.

A partir da segunda ou terceira tentativas de abordagem no leito, a maioria dos pacientes mostrou maior abertura a fala e, principalmente, a presença da escuta do profissional. O conflito de cada sujeito, a busca eminente por uma causa para a doença, associações, inferências e comumente a culpa foram pontos explicitados de diferentes formas por cada um dos casos aqui expostos.

D., 41 anos, diz: “Tenho uma péssima relação com meu irmão, ele apronta com a família inteira. Minha mãe não fala nada e eu que absorvo tudo. Por isso estou desse jeito, horroroso. Ele não podia ter feito isso comigo”. Numa outra entrevista comenta que ter ficado afastado de Deus pode ter sido um motivo para o aparecimento da doença. “Fiquei muito afastado dele, sem querer saber da igreja. Frequentava a igreja quando criança e não tinha nada disso”.

M., 72 anos, relata: “Eu sei que isso tudo é emocional; tenho um desarranjo emocional, o médico já me disse. Mas o que eu sei é que minha filha está mudando para São Paulo com o marido. Investi 12 mil reais para fazer a casa dela e isso que ela faz comigo? Estou péssimo. Quando era criança, eu costumava matar muito passarinho na porta de casa. Minha mãe não ligava para mim e para os outros irmãos”.

S., 53 anos, paciente psiquiátrico, portador de psoríase há 30 anos, é internado por um agravamento do quadro. Tratado por muitos anos no ambulatório deste hospital e de outros particulares, completa: “Sinto um aperto aqui no peito, uma pontada, mas não sei o nome disso, só sei que isso vai para o corpo”. A fala de S. aponta para uma provável associação entre a angústia sentida no peito e aquilo que vai para o corpo, marcando a existência do pulsional já descrito incansavelmente por Freud³ em sua obra.

Em 1929, Freud destaca, em “O mal-estar na civilização”,⁹ as três fontes de sofrimento do sujeito: o corpo, que por si só é fadado e destinado ao fracasso, donde não podemos evitar a dor e a angústia; o mal-estar nas relações sociais e humanas; e a fragilidade em relação aos acontecimentos externos, como os fenômenos da natureza. Neste texto, Freud aponta para o fato de quanto somos malsucedidos em lidar com nossa própria constituição do psiquismo, quando consideramos a possibilidade de prevenção do sofrimento.

Não se trata, portanto, de reproduzir as velhas dualidades, “saúde x doença” e “felicidade x sofrimento”, oposições frequentemente encontradas no contexto hospitalar, mas sim, de escorar a suspeita de que o ruído produzido pelo corpo nada mais é do que a própria fonte do mal-estar. O autor sinaliza que não há nada que garanta a felicidade, nem no microcosmo, nem no macrocosmo.⁹

Adotando Freud⁹ como base principal para os questionamentos aqui propostos, percebemos que o corpo e as relações sociais assumem parcelas inegáveis frente ao aparecimento da angústia, recolocando o sujeito em contato com seus medos e desamparos. A felicidade, tal qual o esquema corporal, assume a característica passageira da transitoriedade, deixando o sujeito à margem do enigma.

Resultados

Neste artigo procurou-se fazer uma observação detalhada do material obtido a partir da prática de campo, tomando como principal referência a fala de cada sujeito. A partir das falas dos pacientes foi possível

perceber a forma com que “estar numa enfermaria de dermatologia”, pode ser um forte disparador para a frase: “Meu corpo dói”.

A frase, no entanto, pensada numa outra concepção, que não apenas a dor do corpo orgânico lesionado, já que muitas vezes não era disso que se tratava, indicou a necessidade da presença do psicólogo. O profissional era convocado ao exercício da escuta, assumindo outro lugar que não o do discurso médico prevalente no hospital.

Discussão

Retomando às perguntas norteadoras feitas no início do trabalho: “Quais as dimensões das representações de corpo vestidas pelos pacientes?”, “Existe alguma relação entre corpo, doença e angústia?”, lançamos mão de algumas interrogações e discussões que surgiram ao longo da elaboração do texto.

Estar na enfermaria de dermatologia, por diversas vezes, nos fez atentar para o fato de que a falta da localidade de um órgão que responda para o enigma da psoríase e do pênfigo (órgão com limite e tamanho próprio, como, coração e fígado, por exemplo) assume lugar notável nas falas dos pacientes. A ausência de um órgão responsável pelo sofrimento humano trazia à tona a falta de limite da doença e a impotência frente ao corpo que padece. “Aqui na enfermaria, se não tiver sangue não é sério, preferia ter algo lá dentro a aqui por fora. Melhor ter um câncer logo”, disse M., de 54 anos.

Damos relevo também a dois pacientes que tiveram melhora dos sinais, conquistando a tão sonhada alta hospitalar. Entretanto, um ou dois meses depois, recrudesceram: nova internação, novas angústias, novas marcas; assim eram os retornos. E nas novas entrevistas, a estranheza do próprio corpo: “Essa doença me mata, mata o meu corpo, olha como ele está ficando”; “Ela era pequenininha. Olha o tamanho que está. Vai se alastrando”; “Isso tudo é uma desgraça, meu corpo está todo tomado”.

Na tentativa de compreender as questões levantadas nos atendimentos, invocamos o ensaio intitulado por Freud, “O estranho”.¹² Freud enfatiza no texto, o estranho como sendo a repetição de algo diferente. Aponta não para o retorno de uma reprodução, mas para o aparecimento de algo novo. Acrescenta o fato de que a ideia a qual se veicula o que causa estranheza para o sujeito, está ligada a algo familiar, íntimo. Desse modo, pensar o corpo para além do suporte íntimo e único de cada um de nós, funcionando como uma nascente de estranheza, nos causando surpresa a todo o momento, torna-se pertinente.

Acreditamos que um importante achado deste trabalho tenha sido a escuta pautada no sofrimento dos pacientes, a partir de doenças expostas na pele. Sem deixar de suscitar os casos apresentados, torna-se importante ressaltar que as lesões acometidas na densidade volumosa da extensão do corpo eram diversas vezes sabidas pelos pacientes, assim como o seu ponto de origem, mas não o ponto de basta. “Ela começou bem aqui, está vendo, mas não parou mais em lugar nenhum”, afirma um paciente.

Refletimos, com isso, que as implicações na falta de limite da doença comportam inúmeros questionamentos para o sujeito internado, apontando o terreno fértil para a atuação da psicologia na interface com a dermatologia.

Conclusão

Conclui-se que a atuação do profissional da psicologia médica no hospital não disponibiliza atenção apenas ao paciente internado, referindo-se também à família e à equipe. No trabalho proposto foi realizado um recorte dentro do campo, suspendendo o paciente em primeiro plano. A ação do profissional toca a responsabilidade por promover a assistência à saúde mental e o acesso da escuta diferenciada, acalorando a possibilidade do novo olhar para o sujeito e sua história.

A oferta de tratamento psíquico, o olhar singular da psicanálise sobre o sintoma, atrelados à construção do caso de forma conjunta com a equipe, constituem parte da prática diária na instituição, operando como uma contribuição da psicologia para o contexto hospitalar e para o âmbito da saúde.

No prefácio do livro, “Que lugar? O psicanalista no hospital”, salienta-se o fato de que na instituição hospitalar, banhada pelo contexto da medicina, o psicanalista pode ofertar a sua escuta e, a partir do ser escutado, o sujeito “tem como efeito a possibilidade de participar do processo do seu tratamento e ajudar com a parte que lhe toca”.⁸ Dessa maneira, o que está em consideração aqui é a implicação do sujeito na sua fala, demonstrando a participação ativa no processo. Nesse sentido, o psicanalista pode, além de comunicar à equipe a importância desse ato, oferecer também um modelo de relação, onde fique claro que o paciente pode ajudar mais no tratamento, simplesmente se for escutado.

Naquele espaço da enfermaria, estava lá o psicólogo, presentificando sua escuta para além da quantidade de medicamentos, procedimentos e curativos prescritos para aquele dia. O sujeito acamado, com o corpo mar-

Artigo original

cado por infinitas perguntas sem respostas, elucida o limite do orgânico.

Desenvolver um trabalho multidisciplinar no hospital é também lidar com as diferenças de métodos e abordagens sobre o fenômeno do sofrimento humano, reservando ao profissional o lugar de respeitar os limites de cada campo para, só assim, ser possível trabalhar na interseção entre as práticas.

Referências

1. Filho JM. Concepção psicossomática: visão atual. 11a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2009. Capítulo 6, Experiência psicossomática num hospital de ensino – Começo; p. 111-136.
2. Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. 18. Rio de Janeiro: Imago; 1976. Capítulo 7, Dois verbetes de enciclopédia: (A) psicanálise; p. 287-307.
3. Muniz JR, Chazan LF. Ensino de psicologia médica. In: Filho JM, Burd M (Cols). Psicossomática hoje. 2a ed. Porto Alegre: ARTMED; 2009. p. 49-57.
4. Quinet A. A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma. 4a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2011. Capítulo 1, Retornando a Freud com Lacan; p. 21-36.
5. Azulay RD. Dermatologia. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. Capítulo 40, Psicodermatologia, Medicina Psicocutânea e Dermatologia Psicossomática; p. 716-730.
6. Sociedade Brasileira de Dermatologia [Internet]. Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia; [Atualizado 2016 20 de abril; citado em 04/jun/2015]. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/>>.
7. Foucault M. O nascimento da clínica. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. Prefácio; p. 7-18.
8. Cardoso AR, Silveira DB. Que lugar? O psicanalista no hospital. Rio de Janeiro: Parthenon Centro de Arte e Cultura; 2014. Prefácio; p. 13-19.
9. Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago; 1976. Capítulo 2, O mal-estar na civilização; p. 81-171.
10. Araújo C, Pinto EMF, Lopes J, et al. Estudo de caso – Métodos de investigação em educação [Internet]. Porto: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia; [Atualizado 2008 17 de janeiro; citado em 01/jul/2015]. Disponível em: <http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf>.
11. Conselho Federal de Psicologia [Internet]. Código de Ética Profissional do Psicólogo. [Atualizado 2005 30 agosto; citado 10/jul/2015]. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica>.
12. Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago; 1976. Capítulo 9, O estranho; p 275-314.