

(RE) SIGNIFICANDO O TRAUMA PELO MEIO DE UMA HISTÓRIA INFANTIL

Fernanda Almagro Celes
Angelo Catarin
Diego Gafuri Silva
Joslaine Martins
Luisa Gumiero Dias
Roberta Serra da Silva
Tatyana Lopocho Campos

Introdução

A Psicologia no contexto hospitalar apresenta algumas particularidades. Dentre elas podemos destacar a transposição da prática psicanalítica para o contexto institucional consoante a ações integradas a equipe de saúde.

Considerando o contexto hospitalar, as demandas pertinentes ao psicólogo são oriundas do processo doença-internação-tratamento. Também são consideradas de ordem orgânica e/ou psíquica as reações que possam dificultar ou agravar o problema do paciente (Sebastiani & Maia, 2005 citados por Borges & Sousa, 2007).

Para Rossi (2007), a doença faz do sujeito objeto de atenção e intervenção, modificando sua posição de sujeito de intenção. Assim, o indivíduo perde a sua dignidade e seu referencial, podendo, desse modo, segundo Moura (1996), ser permeado por vivências de isolamento, abandono, rompimento de laços afetivos, profissionais e sociais. Merece destaque as angústias e os conflitos psíquicos que podem ser reativados nos pacientes como implicações da hospitalização.

Cabe ao psicólogo, no âmbito hospitalar, auxiliar na comunicação e no entendimento das reações do paciente, da família e da equipe de saúde. Não menos importante é identificar e a manejar reações mal adaptativas ao estresse devido à hospitalização, bem como auxiliar a equipe responsável pelo paciente em relação ao equilíbrio emocional e à habilidade em conduzir situações difíceis (Carvalho & Lustosa, 2008).

Segundo pesquisa realizada por Figuera e Saccol (2009), a respeito das relações transferenciais entre a prática médica e do analista, um dos entraves para a aceitação do profissional de psicologia no ambiente eminentemente médico é a diferença entre a posição do médico e a do analista/psicoterapeuta em relação aos pacientes. Se o objeto da medicina é o corpo e seu objetivo é a remissão dos sintomas e/ou a cura, para a psicologia estará o sujeito e sua implicação para com o seu sintoma, e o tratamento é feito a partir da fala do paciente.

Figueiredo (2009) expõe sua experiência profissional no contexto hospitalar, proferindo a possibilidade desta ser orientada pela psicanálise, desde que haja outro tipo de manejo clínico por parte de quem escuta para poder escutar o sujeito. A autora ressalta a diferença entre o *setting* tradicional do hospitalar. O segundo refere um ambiente mais desconfortável, intrusivo, atemporal, desmedido entre o tempo médico da alta, da internação e da conclusão do trabalho psíquico.

Ressalta ainda a importância de ofertar a escuta ao paciente hospitalizado, embora as condições, muitas vezes, sejam desfavoráveis à necessidade da psicanálise, e que o paciente, inicialmente, não venha ao hospital objetivando refletir à cerca de seu sintoma, mas fazer cessar a sua dor.

Contudo, cabe ao psicanalista identificar a possibilidade de ser, ou não, este um momento possível de o paciente ressignificar as suas vivências. Para tanto é preciso considerar que o sujeito hospitalizado vivencia um momento de ruptura e crise, marcado por sua doença. Por fim, Figueiredo (2009) diz que, independente do local, a psicanálise é sempre psicanálise à medida que preconize o uso da associação livre e da transferência.

Moreira e Pamplona (2006), corroborando com Figueiredo (2009), afirmam que, ao contrário da psicanálise exercida no consultório particular enquanto um processo, no hospital, torna-se configurada como uma escuta analítica ao sujeito sob a atenção flutuante do analista. Sendo assim, preconiza-se a escuta ao sujeito, e não à sua doença, junto a isto, busca-se o cuidado ético de resguardá-lo em sua singularidade.

Deste modo, a escuta psicanalítica deve atentar-se a identificar as demandas apresentadas pela instituição, equipe de saúde e do paciente. A que se considerar que as demandas nem sempre têm caráter lógico, mas, quando dirigidas, comunicam a necessidade de serem acolhidas.

Considerando a importância do analista/psicoterapeuta no ambiente hospitalar e o espaço de escuta que este proporciona, faz-se necessário discorrer sobre a imagem corporal haja vista que o paciente hospitalizado sofre alterações reais e em nível de fantasia sobre si mesmo.

A própria condição de estar hospitalizado já acarreta na des-pessoalização do paciente e diretamente na construção de sua imagem. Seguir a rotina da instituição, horários de medicações, de banho, refeições, bem como o uso da roupa do hospital são exemplos concretos desta, assim como “ser” um numero de leito, uma patologia ou disfunção ao invés de um sujeito que sofre não somente fisiologicamente.

Ainda, estar doente ou passar por um trauma provoca mudanças na imagem corporal que surgem dessa des-pessoalização e da própria condição do quadro clínico. Ao considerar que o sujeito hospitalizado muitas vezes acaba emagrecendo, também por não se adaptar a dieta da instituição e muitas vezes pela condição clínica, bem como sofre de outras alterações corporais como, por exemplo, queda de cabelo, mudança de coloração na pele, mutilações entre outros.

Assim, cabe ao profissional psi estar atento as mudanças provocadas pela hospitalização e pela enfermidade, essencialmente as relações do sujeito com essas, como sua imagem corporal se consolida e elucidar quais recursos para enfrentar a situação.

A mudança no esquema corporal no processo de hospitalização essa não acontece da mesma forma em crianças e adultos. Ao considerar a infância devemos no atentar que esse é o momento em que a imagem corporal do sujeito está em construção, especialmente a partir do sexto mês de vida no contato com a mãe/ cuidador e a inserção de significados no corpo do bebê.

Logo, alterações nessa construção que venham a falhar podem ser significativas desencadeando traumas e bloqueios físicos e psicológicos, podendo, além de atrapalhar o processo de aprendizagem, modificar a forma do sujeito em lidar com as emoções. Evidenciando

a importância de uma intervenção precoce nesses casos de plasticidade psíquica uma vez que alterações significativas podem acontecer.

Objetivos

O trabalho teve como objetivo buscar a compreensão, sob o referencial psicanalítico, da relação de um paciente criança atendido pela emergência de um hospital universitário do interior do Paraná com a intervenção cirúrgica de amputação. Remontar a angústia de castração, significando e ressignificando o trauma com o uso de uma história infantil.

Método

O método adotado foi o da escuta em psicanálise que de acordo com Gavião (2004), permite sobrepular os sentidos do convencional, do que é consciente no discurso do sujeito. No encontro entre analista e sujeito, por meio da atenção flutuante, as apreensões que o último faz de si e de suas relações internas ou externas, são consideradas sem serem aprisionadas nos modelos pré-concebidos da palavra.

Foram escutados os pais, na chegada ao hospital e durante o procedimento cirúrgico. Já a criança, durante sua hospitalização. O atendimento a esta foi instrumentalizado pelo filme de desenho animado “Como treinar o seu dragão” (*DreamWorks Animation*, 2010).

O Caso

M. é natural do interior do Paraná, tem 6 anos e mora com os pais e um irmão mais velho de 9 anos. Junto à casa da família possuem uma empresa familiar que produz biscoitos. Chegou à emergência do hospital em fevereiro de 2012 acompanhado por seus pais e a avó materna, vindos de outra cidade com o Corpo de Bombeiros que o socorreu.

Recebido no Pronto-atendimento da Clínica Cirúrgica, com a mão direita acoplada em uma máquina moedora - utilizada na fábrica de biscoitos da família -, o menino estava com sinais vitais preservados, orientado, lúcido e comunicativo. Foi imediatamente encaminhado para o

centro cirúrgico. A máquina foi desacoplada da mão com o auxílio do corpo de bombeiros e, então, o cirurgião realizou uma amputação completa de membro superior direito (mão direita) ao nível do carpo, com a regularização do coto de amputação. Durante a cirurgia, não houve intercorrências. Após a operação, o estado geral do paciente foi avaliado como bom.

No dia seguinte à cirurgia a criança não foi receptiva ao atendimento da psicologia e a família não havia dito que a mão tinha sido amputada. A criança somente se deu conta da amputação quando a equipe de enfermagem fez a troca de curativo e ficou “emudecida”. Após o ocorrido a criança ficou mais resistente aos atendimentos e assim a equipe de psicologia propôs a aproximação utilizando uma história infantil escolhendo então o filme “Como treinar seu dragão” (2010).

O filme foi passado por meio de um aparelho de DVD portátil e junto com o mesmo foram apresentados dois bonecos de plástico de dragão sendo um amarelo e outro preto. Durante a exibição a criança prestou atenção na história e ao fim brincou com o dragão preto pedindo para levar o objeto para casa.

O filme

“Como treinar o seu dragão” (*How to Train Your Dragon, DreamWorks Animation, 2010*) conta a história de Soluço, um menino vikings, franzino, desajeitado e desacreditado, que mora em um vilarejo onde seu pai tem uma posição de liderança e onde se combatem a matam dragões, como defesa e para provar seu valor e força. Assim, como parte dos rituais da aldeia, ele deveria matar um dragão apesar de parecer um menino desajeitado. Numa dessas batalhas numa noite, no meio de um ataque de dragões à vila, ele consegue atingir o mais temido por todos, conhecido por “Fúria da Noite”. Ao procurá-lo no dia seguinte a caçada, não consegue matá-lo e com pena o solta no dia seguinte, quando percebe que o dragão estava machucado. Havia perdido parte de sua cauda não conseguindo mais voar. Dando-lhe um novo nome (banguela) começa então a cuidar dele. Nasce aqui uma amizade e o desejo de superar um dano causado ao dragão e a possibilidade de conhecer a comunidade dos dragões. A partir desta amizade vai aprendendo

que tudo o que os habitantes de sua aldeia sabiam sobre os dragões estava errado. Aos poucos vai percebendo o quão companheiro um dragão pode ser e começa a deixar de lado a idéia de ser um “verdadeiro Viking”, o que acaba o colocando contra os princípios dos habitantes da sua vila e principalmente contra os de seu pai. Enquanto procura lhe devolver a capacidade de voar, surge um relacionamento estreito em que o dragão aprende a usar uma órtese para substituir essa parte da cauda perdida e o menino aprende a voar. Surgem novos horizontes para ambos e fortalece-se uma amizade. O ápice da história acontece quando num ataque por uma parte da comunidade destes dragões, Solução acaba sendo ferido na perna e salvo por Banguela. Vivo, sendo valorizado pela aldeia e tendo conseguido modificar a convivência da aldeia com parte da comunidade dos dragões, ao ter perdido a perna abaixo do joelho, o menino passa a ter que usar uma órtese, deixando ambos os personagens na mesma condição, possibilitando uma maior identificação ainda.

Discussão

A partir do caso citado anteriormente e considerando o instrumento escolhido para a intervenção psicológica dividiu-se a discussão em três grandes temas: a) A construção da imagem corporal, b) A marca da falta no corpo e c) Identificação e Projeção – A escolha do filme.

a) A construção da imagem corporal

Schilder (1980) define a imagem corporal como o modo pelo qual o corpo se apresenta para o indivíduo. Sendo assim, trata-se da figuração do próprio corpo em sua mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para este.

Essa imagem se constrói a partir dos seis meses de vida - no contato do bebê com a mãe pelo toque, através da reflexão de sua imagem no espelho e, posteriormente, no contexto pré-escolar, por meio de atividades didático-pedagógicas propostas pelo educador - se consolidando aos seis anos de idade.

Diante de uma possível falha nesse processo, a imagem corporal pode sofrer consideráveis alterações. Desta forma, podem ser desencadeados bloqueios físicos e/ou psicológicos; podendo estes atrapalhar de maneira significativa o processo de aprendizagem da criança.

Para tanto, há que se considerar a influencia da cultura ocidental – na qual estamos inseridos – que impõe um padrão de beleza em que o corpo magro para as mulheres e um corpo forte e musculoso para os homens são extremamente valorizados. Assim, as crianças são estimuladas e influenciadas por este padrão imposto pela mídia.

Schilder (1980) divide a imagem corporal em três estruturas, sendo estas:

- **Fisiológica:** engloba aspectos orgânicos e neurológicos relacionados ao movimento humano. Como exemplo pode-se citar a amputação de um membro; esta pode ocasionar desequilíbrio no movimento, podendo resultar em queda, por meio de uma ação motora no córtex motor;
- **Libidinal:** correlacionada a afetividade, emoção, cognição e erotismo. Considerando a libido como pertencente ao próprio corpo, sendo algo dele;
- **Sociológica:** abrange aspectos sociais, bem como a relação entre corpos considerando costumes e valores. Tal estrutura, ainda que seja individual, sofre influência da cultura na qual o sujeito está inserido.

A construção da imagem corporal se dá por meio de um complexo fenômeno, envolvendo o inconsciente, o consciente, tônus muscular, postura corporal, interações com o meio ambiente, percepção, memória, individualidade, sentimentos e aspectos simbólicos. (Adami et all, 2005).

Capsiano (1992) afirma que a imagem corporal vai além de uma mera sensação/ imaginação. É a figuração do corpo na mente do indivíduo. Essas informações (sensações passadas) são armazenadas no córtex sensorial. Neste é formado o que chamamos de ‘esquemas’. Estes esquemas reestruturam as impressões que chegam à consciência.

A alteração desabrida de tais esquemas põe em risco o funcionamento – podendo gerar a perda total - das localizações dos pontos estimulados, gerando lesão cerebelar. A formação da imagem corporal pode ser entendida como um mapeamento do próprio corpo.

Para tanto, toda mudança ou estímulo entra na consciência com a localização sensação, ou seja, com a medida exata do ponto estimulado e este processo vai se aperfeiçoando à medida que se repete e variam os pontos de sensações.

Os sentidos humanos como a visão, tato e propriocepção são de extrema importância para a construção da imagem corporal. Entretanto, essa imagem sofre outras modificações, pois é um fenômeno dinâmico que sofre alterações no decorrer da trajetória de vida da pessoa.

Anaruma (1995) diz que a formação da imagem corporal ocorre de forma consoante ao período sensório-motor da criança. O processo de formação da imagem corporal sofre várias influências como: o autoconceito, a cultura a qual o sujeito está inserido - seja ela ocidental ou oriental -, o processo de socialização (contato com os outros), entre outros fatores não menos importantes, podendo ser influenciado pela experiência corporal.

Além disso, a criança adquire valores do que é belo ou feio no seu contexto e quando não apresenta o padrão imposto pela mídia - revistas, livros infantis, cinema, televisão dentre outros - é alvo de preconceito de outras crianças. Assim são diretamente afetados aspectos emocionais e psicológicos e a percepção.

Desta forma podemos concluir que a criança utiliza a imagem corporal no movimento de seu corpo para formar a consciência do eu, podendo assim, reconstruir a mesma após um trauma físico ou psicológico.

b) A marca da falta no corpo

Entendendo que a formação da imagem corporal é uma construção complexa e que envolvem várias instâncias vamos nos ater nesse momento as questões psíquicas e de energia libidinal.

O corpo se funda libidinalmente com o investimento que se dirige a ele, um corpo cheio de significados inseridos por seus cuidadores e que aos poucos vai dando destino à energia pulsional. Segundo Freud (1996) em seu escrito “O desenvolvimento da função sexual” texto de 1940 (1938) o sujeito passa por fases no desenvolvimento sexual infantil, e essas ele nomeia de acordo com a manifestação da interação com o mundo. Quando se apreende o mundo pela boca temos a fase oral, ao adquirindo o controle dos esfínteres à fase anal e já na diferenciação dos sexos, quando o sujeito passa a identificar à diferença sexual anatômica a fase fálica.

Durante a formação psíquica do corpo muitas faltas marcam essa construção, a pensar a separação do corpo físico da mãe no parto, a separação mãe e bebê pelas coisas do mundo (pai, familiares, amigos, trabalho, etc), Fink (1998) explora que

a criança é confrontada mais cedo ou mais tarde com o fato de que não é o único objeto de interesse dos pais. Seus múltiplos, e sem dúvida variados, objetos de interesse tem todos um traço comum: desviam a atenção dada pelos pais a criança. (p.128)

Logo, ao se dar conta da falta à diferença sexual anatômica, uma marca se enuncia no real, a fantasia de castração se apresentam na presença e ausência do pênis, sendo que a “diferença é atribuída à amputação do pênis na menina” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 73).

Ainda segundo os autores

a fantasia de castração é encontrada sob diversos símbolos: o objeto ameaçado pode ser deslocado (cegueira de Édipo, arrancar os dentes, etc.), o ato pode ser deformado, substituído por outros danos a integridade corporal (acidente, sífilis, operação cirúrgica) e mesmo a integridade psíquica (loucura como consequência da masturbação), o agente paterno pode encontrar os substitutos mais diversos (animais de angústia dos fóbicos). (p. 73)

Desta forma, é possível considerar a amputação da mão direita de M. enquanto um dos símbolos da castração que nesse caso se faz presente no real do corpo enquanto uma falta, a falta

de uma parte que foi investida e circunscrita pela libido. Assim, ao se deparar com a ausência do membro a angustia de castração é acionada suscitando também a dor além da biológica, a dor da perda.

Dolto e Nasio (2008) afirmam que o corpo é ao mesmo tempo uma parte inconsciente do eu e o lugar onde o sujeito pode dizer “eu”. Ainda para os autores “A dor faz parte da imagem do corpo como lugar sensível onde o sujeito pode aprender seu eu, até mesmo seu corpo” (p. 12) desta forma o sujeito marca na linguagem dizendo “Estou doente” ao invés de “algo no meu corpo sofre”.

Ao identificar-se enquanto totalidade na dor, um corpo ligado ao eu, a castração sob a forma de amputação faz sofrer até que essa seja ressignificada. Contudo essa passagem necessita de um “outro” representando o eu-ideal que assessore, no caso, a criança. Dolto e Nasio (2008) alertam que “todo ‘outro’ que acompanha a criança no momento da prova, deve igualmente ter passado pela mesma prova e se saído bem, referindo-se ao complexo de castração. O adulto então obterá a confiança da criança e representará para ela aquele que conseguiu passar pela prova.” (p.31)

Considerando esse corpo que também é subjetivo e sua marca na castração pela amputação real da mão esquerda conforme relatado no caso atendido, Moura (1999) acrescenta que esse espaço “é experimentação a partir do acontecimento (doença, dor, eventual cirurgia, no caso do paciente hospitalizado). O pós operatório revela curiosas situações em torno do desconhecimento do que aconteceu exatamente durante a cirurgia.” (Prefácio)

Assim, remontando o caso em que a criança apenas se dá conta que perdeu a mão após ver o curativo no dia seguinte e considerando que os pais não foram capazes de dizer ao filho o que de fato havia acontecido, é possível pensar que não estavam preparados para lidar com essa realidade. Para tal Moura (1999) explica que “No hospital, podemos pensar que esse operador Imaginário, o véu, torna-se um recurso fundamental para que o sujeito suporte as marcas daquilo que viu de frente e não suportou: a castração.” (p.20)

Entendendo que o real do corpo muitas vezes se faz insuportável e que a castração juntamente com suas fantasias também provoca angustia é necessário considerar o tempo de cada sujeito para que esse fato possa fazer parte de sua cadeia de significantes, possa ser aceito e assimilado e “Só então pode ele falar ‘daquilo’ que entre olhares já era sabido.” (Moura, 1999, p. 21).

Lembrando que se tratando de uma criança algumas considerações são importantes. Além de estar na fase da latência em sua sexualidade, ter superado a castração na diferença sexual anatômica e por isso essa vivência da amputação enquanto fantasia de castração já possui significante em sua cadeia de significantes tendo como resgatar e ressignificar a perda da mão. Moura (1999) destaca que “A criança tem um funcionamento psíquico extremamente lábil, propensa a várias modificações e reordenamentos; portanto a infância se caracteriza por ser uma fase de construção, de montagem de uma estrutura que se cristalizará na fase adulta.” (p.118)

c) Identificação e Projeção – A escolha do filme

Considerando o caso clínico e as discussões até agora apresentadas sobre a imagem corporal, angustia de castração e amputação cirúrgica bem como a resistência inicial do paciente em entrar em contato com a equipe de psicologia, a escolha de uma história infantil e especificamente do filme “Como treinar o seu dragão” não foi ao acaso.

Bettelheim (1979) nos diz que a criança ao entrar em contato com o conto de fadas, com a fantasia “forma idéias sobre o modo de ordenar o caos que é sua vida inteira” (p.92) e ainda acrescenta que

o conto de fadas sugere não só isolar e separar os aspectos dispares e confusos da experiência da criança em pólos opostos, mas também projetá-los em diferentes figuras. Mesmo Freud não encontrou melhor caminho para ajudar a dar um sentido a partir da incrível mistura de contradições que existem na nossa mente e vida interna do que criar símbolos para aspectos isolados da personalidade. (p. 92)

Desta forma, escolhendo uma historia infantil como instrumento para que a criança pudesse projetar suas angustias e identificar-se com a personagem central contribuiu para dar um novo sentido à situação que se apresenta no real, passando para a aceitação e vislumbrando a elaboração.

Ao fim do atendimento fica claro que a criança se identifica com o dragão, que antes muito temido e poderoso é despido em sua fragilidade – cauda quebrada – pelo menino que se oferece enquanto um outro para colaborar com a ressignificação da perda. Essa clarificação se apresenta quando a criança escolhe ficar com o objeto de brinquedo que lembrava a personagem do filme, um dragão preto de plástico, e pede para levar o mesmo para casa. Assim como a criança que perdeu a mão se vê no lugar do dragão, a psicóloga se apresenta no lugar do menino do filme, oferecendo a escuta e a possibilidade de travessia.

Ainda pensando sobre identificação, Plon e Rudinesco pontuam que o conceito é essencial na teoria freudiana do desenvolvimento psico- sexual do individuo e o define enquanto “processo central pelo qual o sujeito se constitui e se transforma, assimilando ou se apropriando, em momentos-chave de sua evolução, dos aspectos, atributos ou traços dos seres humanos que o cercam”. (1998, p. 363).

Laplanche e Pontalis (1998) corroboram com a definição acima e acrescentam que a transformação pode ser total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro que se apresenta e que “a personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações”. (p.226)

Logo, proporcionar a identificação com uma personagem que além de lesão parecida transmite a capacidade de adaptação é encarado como algo positivo. O resultado é visível na intervenção quando a criança se dispõe a ouvir a historia e se interessa por ela, e ao fim concretiza o que os autores dizem sobre a construção e transformação da personalidade tomando para si de forma também concreta o boneco simbolizando o enfrentamento diante da castração e a busca de adaptações para a nova realidade.

Além disso, e também pensando na reação da criança ao fim da intervenção, é possível dizer que ela não só se identificou com a personagem central da trama, como também pode

projetar nessa história suas angústias, especialmente a de castração, a mudança na imagem corporal bem como as diversas situações levantadas pela perda da mão.

Segundo Lapanche e Pontalis (1998) projeção em psicanálise constitui em uma “operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa- qualidades, sentimentos, desejos e mesmo ‘objetos’ que ele desconhece ou recusa nele” (p.374). Logo, ao pensar que vendo o filme a criança se depara com sua história, contada por outros autores e vivida por outras personagens, localiza nestes os seus sentimentos tornando-os mais suportáveis de se haver com eles.

Conclusão

Diante das considerações apresentadas, das relações estabelecidas entre o caso clínico e sua repercussão psíquica pode-se ressaltar a importância do analista no hospital apresentando um olhar diferente sobre a questão e oferecendo-se à escuta de quem sofre.

Considerando o caso em questão, durante os atendimentos realizados à criança preconizou-se a elaboração do luto pelo membro perdido. Uma vez que ao deparar-se com a ausência deste a angústia de castração é acionada gerando dor, sendo esta a dor da perda física e psíquica, pois precisa elaborar a falta de uma parte de si. Parte esta que agora o torna diferente – fisicamente – das outras crianças de seu convívio diário, alterando assim sua imagem corporal.

Também destacamos a intervenção com o uso do filme infantil possibilitando o processo de aceitação pela criança da amputação de sua mão através da projeção e da identificação. A aceitação foi possível, pois ao criar um espaço de escuta e elaboração o menino pode falar de sua mão e das possibilidades frente essa nova realidade, algo que fica marcado quando já no final da intervenção ele pede para ficar com o dragão preto (igual ao *Fúria da noite*).

Por fim, pode-se dizer que ao reproduzir o filme a criança remontou-se a angústia de castração significando e ressignificando o trauma de perder a mão, realizando mudanças na imagem corporal de forma positiva. Contudo, apesar da resistência inicial, ao fim de sua hospitalização, M. conseguiu estabelecer vínculo positivo com a equipe de psicologia; o que

facilitou o trabalho desta, proporcionando assim a alegria e satisfação, por parte desta equipe, no trabalho realizado.

Referências

Anaruma, S. M.(1995) *Encontro com o corpo: Um programa de intervenção para pessoas com problemas de excesso de peso*. (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

Bettelheim, B. (1979) *A psicanálise dos contos de fadas*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

Capisano, H. F. (2010) Imagem corporal. In J. Mello-Filho, et al., *Psicossomática Hoje* (pp. 255-270). Porto Alegre: Artmed.

Capisano, H. F (1992). Imagem corporal. In F. R. Barrocas (1997) *Depressão, imagem corporal e auto-conceito em jovens diabéticos insulino-dependente* (monografia de licenciatura em Psicologia Clínica) (pp.46-54) . Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Clínica

Corso, D. & Corso M. (2011). *A psicanálise na Terra do Nunca: ensaios sobre a fantasia*. – Porto Alegre: Penso.

Dolto, F. & Nasio, J.-D.(2001) *A criança do espelho*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Figueiredo, M. A. D. (2009). A psicanálise no hospital geral: possibilidades e impossibilidades. *Revista Virtual da Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte, 4(8).

Fink, B.(1998). *O Sujeito Lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Freud, S. (1996). Esboço de Psicanálise. In: Freud, S. (1940 [1938]) (J. Salomão, trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1940).

Gavião, A. C. D., Costa, F. S. J., Oliveira, A. C. O. A., Nascimento, R. A., Lucia, M. C. S., Arap, S. (2004). Escuta psicanalítica no setting hospitalar: o procedimento de Desenhos-Estórias como intermediador. *Mudanças Psicologia da Saúde*, 12(2), 409-432.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001) *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Moura, M. D. de (Org.) (1999). *Psicanálise e Hospital: A criança e sua dor*. Belo Horizonte: Revinter.

Plon, M. & Roudinesco, E.(1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Shilder, P.(1980). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3ª edição. São Paulo: Editora Martins Fontes.