

SARA REGINA MOREIRA PANSANI

**QUEIMADURA E SOFRIMENTO A PARTIR DA
NARRATIVA DE UMA PSICÓLOGA**

**PUC-CAMPINAS
2013**

SARA REGINA MOREIRA PANSANI

**QUEIMADURA E SOFRIMENTO A PARTIR DA
NARRATIVA DE UMA PSICÓLOGA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Engler Cury

**PUC-CAMPINAS
2013**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t157.9
P196q

Pansani, Sara Regina Moreira.
Queimadura e sofrimento a partir da narrativa de uma psicóloga/
Sara Regina Moreira Pansani. - Campinas: PUC-Campinas, 2013.
109p.

Orientadora: Vera Engler Cury.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Cam-
pinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia clínica. 2. Unidade de tratamento de queimados. 3.
Queimaduras - Complicações e sequelas. 4. Medicina e psicologia. I.
Cury, Vera Engler. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

18. ed. CDD – t157.9

SARA REGINA MOREIRA PANSANI

**QUEIMADURA E SOFRIMENTO A PARTIR DA
NARRATIVA DE UMA PSICÓLOGA**

BANCA EXAMINADORA



Presidente Profa. Dra. Vera Engler Cury



Profa. Dra. Tania Maria Jose Aiello Vaisberg



Profa. Dra. Henriette Tognetti Penha Morato

**PUC-CAMPINAS
2013**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus amados pais, que dedicaram suas vidas à educação e formação de seus filhos. À minha mãe Aurora Bueno Moreira, por aguentar meu cansaço e a separação dentro de casa, quando passava horas e horas fechada no quarto trabalhando na pesquisa. Ao meu pai Sérgio Carlos Pansani que teve a paciência de ler este trabalho nas suas diferentes etapas e contribuir com suas inteligentes opiniões. Sou eternamente grata a eles!

Ao meu irmão Diogo Pansani que mesmo de longe me acompanhou e se orgulhou. Ao meu amado sobrinho Lucas Pansani com quem eu me distraía e aliviava das tensões destes anos.

Ao meu amor e companheiro Caio Trevisam que suportou minha ausência, ouviu meus desabafos e compartilhou minhas alegrias.

À minha tia Valéria Pansani que sempre me apoiou com seu carinho e preocupação, mostrando-se interessada sobre este trabalho e minha vida, me ajudando com seu olhar tia/psicóloga.

À minha antiga e querida chefe Jéssika Mühlbauer que esteve sempre pronta a me ajudar nesta jornada, colocando a formação em primeiro lugar.

À minha amiga e colega de trabalho fisioterapeuta Fernanda Bueno, que sempre se mostrou interessada e preocupada com as minhas tarefas, contribuindo com suas ideias e me divertindo com seu bom humor.

Ao meu amigo Dr. Fábio Bailoni com quem tive inúmeras discussões relativas ao dia a dia na UTI e que muito me ajudaram na construção deste trabalho.

Aos meus queridos professores na longa jornada da Psicologia que me inspiraram e fizeram com que fosse a profissional que me tornei. Especialmente ao querido profº Mauro Amatuzzi que foi sempre a minha referência e mesmo após anos continuou me auxiliando.

Às prof^{as} Tania Maria José Aiello-Vaisberg e Tania Mara Marques Granato por suas importantes contribuições e reflexões na banca de qualificação, proporcionando amadurecimento e segurança no caminho desta pesquisa.

Aos professores da Pós-Graduação da PUC-Campinas, com quem descobri um “novo mundo” de possibilidades fortalecendo o desejo de fazer pesquisa e estar com alunos aprendendo sempre.

Às minhas colegas do grupo de pesquisa, Andréia Garcia, Ticiane Paiva, Elizabeth Brisola e Nadini Brandão, que tiveram a paciência de ouvir minhas leituras, compartilhar as dúvidas e contribuir com suas inteligentes colocações.

Às minhas queridas amigas Angela Speroni e Isadora Carvalho com quem construí uma linda e sólida amizade apesar do pouco tempo de convivência e da distância que nos separa. Às amigas da faculdade e de infância, que sempre estiveram ao meu lado, e com quem eu sei que posso contar.

À minha “mestra” e orientadora Vera Engler Cury que teve a paciência de me ensinar os primeiros passos da pesquisa, depositou sua confiança e me incentivou a permanecer no grupo de pesquisa; por toda sua sabedoria e pelo exemplo que sempre foi para mim desde o momento em que a conheci.

À Unidade de Queimados, aos pacientes, familiares e colegas de equipe, que me proporcionaram esta incrível e sofrida experiência.

RESUMO

PANSANI, Sara Regina Moreira. *Queimadura e sofrimento a partir da narrativa de uma psicóloga*. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2013.

O objetivo desta pesquisa consistiu em apreender o sofrimento vivido por pacientes a partir da experiência de uma psicóloga em uma unidade para tratamento de queimados de um hospital localizado no estado de São Paulo. Desenvolveu-se como uma pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica. Uma narrativa foi construída como estratégia metodológica pela psicóloga/pesquisadora para apreender elementos significativos vividos no trabalho cotidiano com pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Incluiu lembranças, impressões, imagens, sentimentos e pensamentos que possibilitaram a emergência de alguns significados: o contexto da unidade para queimados constitui um ambiente que oferece, além de tratamento, acolhimento aos pacientes e seus familiares. Ao longo do período de hospitalização, os pacientes passam por grande sofrimento físico e psicológico: sentem-se vulneráveis e desprotegidos; ressentem-se da ausência dos familiares e do isolamento. A maneira como significam as causas que provocaram o acidente que os vitimou tem importância no processo de recuperação, assim como a forma como enfrentam a dor física intensa e a dependência por necessitarem de cuidados. Os familiares desempenham papel importante no processo de recuperação dos pacientes ao transmitirem segurança e afeto; neste sentido, acabam por fazer parte da equipe, auxiliando no processo de retomada da autonomia. A equipe multiprofissional reage de maneira paradoxal às queixas dos pacientes. A rotina exaustiva parece dificultar a capacidade de compreender e acolher. Por outro lado, demonstram disponibilidade e empenho para realizar os procedimentos necessários à recuperação. A experiência da pesquisadora possibilitou entrar em contato com novos significados no que se refere à relação entre dor e sofrimento. Constatou a importância de uma atenção psicológica específica naquele contexto capaz de disponibilizar ao paciente espaço para expressar sentimentos de solidão, medo e angústia face ao desconhecido. Por outro lado, a equipe e os familiares também demandam atenção a fim de poderem desempenhar os cuidados necessários. Conclui-se que sofrer queimadura grave e ser hospitalizado constitui uma experiência que impõe ao paciente uma reestruturação no modo de ser e de viver que afeta tanto os profissionais que compõem a equipe como também as famílias.

Palavras-chave: fenomenologia; prevenção e intervenção psicológica; narrativa; hospital geral; queimadura.

ABSTRACT

Pansani, Sara Regina Moreira. Burns and suffering: a psychologist narrative- Thesis (Masters in Psychology as Profession and Science) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centre of Sciences of Life Graduate Program in Psychology, Campinas, 2013.

The aim of this research was to grasp the experience of suffering of patients based on the experience of a psychologist in a unit for treatment of burned victims at a hospital located in the state of São Paulo. It was developed as a qualitative research phenomenologically based. A narrative was built by psychologist/researcher as a methodological strategy to capture significant elements experienced in the daily activities with patients, families and multidisciplinary team. It included memories, pictures, thoughts and feelings that made possible the emergence of some meanings: the context of the burns unit is an environment that offers, in addition to treatment, care to patients and their families. Over the period of hospitalization, patients go through extensive physical and psychological suffering: they feel vulnerable and unprotected; resent the absence of family and feel isolated. The way they signify the causes that led to the accident that hurt them is important in the recovery process, as well as how they face intense physical pain and addiction that required care. Family members play an important role in the recovery process of patients as they convey security and affection, in this sense, they end up being part of the team, assisting in the process of recovery of autonomy. The multidisciplinary team responds in a contradictory way to the patients complaints. The exhaustive routine seems to hamper their understanding and acceptance of the patient. On the other hand, they demonstrate willingness and commitment to carry out the procedures necessary for recovery. The researcher's experience allowed understanding of new meanings with regard to the relationship between pain and suffering. She noted the importance of specific psychological attention in that context and how it provides space for the patient to express feelings of loneliness, fear and anguish over the unknown. On the other hand, staff and family members also demand attention to be able to carry out the necessary care. We conclude that suffering severe burns and being hospitalized is an experience that requires from the patient a restructuring in their way of being and living that affects both the professionals who make up the team, as well as the families.

Keywords: phenomenology, prevention and psychological intervention; narrative; general hospital; burn.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1: CONHECENDO A REALIDADE DO PACIENTE HOSPITALIZADO ..	14
1.1 O processo de hospitalização	14
1.2 As queimaduras e o sofrimento	16
CAPÍTULO 2: DELINEANDO OS PASSOS DA PESQUISA	29
2.1 A pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica.....	29
2.1.1 O método fenomenológico e a fenomenologia	31
2.1.2 A narrativa como forma de comunicação da experiência	36
2.2 Método.....	38
2.2.1 Procedimento	38
2.2.2 Compondo a narrativa	39
2.3 Contexto onde foi desenvolvida a pesquisa.....	41
2.3.1 O hospital geral	41
2.3.2 A UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados.....	41
2.3.3 Atenção psicológica aos pacientes internados.....	46
CAPÍTULO 3: RECORDAR É VIVER: A NARRATIVA DE UMA PSICÓLOGA SOBRE UMA UNIDADE PARA QUEIMADOS.....	51
3.1 Síntese compreensiva sobre a experiência narrada	76
CAPÍTULO 4: DIÁLOGO COM OUTROS PESQUISADORES.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	102
ANEXO: Carta de autorização da Instituição para realização da pesquisa	109

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surgiu do interesse de uma psicóloga hospitalar em aprofundar-se na compreensão sobre a experiência vivenciada junto aos pacientes atendidos em uma unidade para tratamento de queimados em um hospital do estado de São Paulo, onde ela atua.

Sua assistência no hospital concentra-se em duas áreas específicas: Unidade de Terapia Intensiva para Adultos (UTI) e Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ). A maioria das pessoas – funcionários do hospital, familiares e pacientes internados – tem dúvida se a nomenclatura adequada é UTQ ou se é UTI para Queimados.

Existe uma importante questão a este respeito: o paciente que se queima, por menos grave que seja, pode evoluir para um quadro mais grave pela repercussão sistêmica que a queimadura causa, e assim precisar de leito na UTI. Desta forma, muitas pessoas do próprio hospital consideram que o setor é de terapia intensiva, necessitando equipamentos e pessoal especializado.

Neste hospital há, aproximadamente, 180 leitos. Destes, seis de enfermaria e um de UTI são da UTQ; portanto, é uma unidade para tratamento de queimados com um leito de UTI e não uma unidade totalmente voltada à terapia intensiva.

Desde seu ingresso neste hospital – aproximadamente três anos – atuou de maneira mais específica na UTQ, prestando assistência psicológica aos pacientes internados e seus familiares. Isso permitiu aprender muito sobre o tratamento ao paciente que sofre queimaduras, como também sobre as decorrências psicológicas envolvidas no período de internação.

Este é um lugar que traz curiosidade e angústia às pessoas, por ser um “setor fechado” na linguagem técnica.

Algumas situações impactam quem vem trabalhar neste contexto, como o forte odor que exala das queimaduras se espalhando por todo o local, necessitando de uma adaptação diária. Esse incômodo, no entanto, é amenizado com o tempo. Também é impactante a enorme quantidade de sangue que os pacientes perdem durante as cirurgias realizadas na própria unidade.

Com o passar do tempo, você aprende a unir-se aos que ali estão – homens, mulheres, crianças, jovens, idosos, familiares e acompanhantes –, compreendendo

o que eles sentem por estarem internados. No entanto, apesar do tempo e da adaptação, muitas situações continuam emocionando.

A morte de alguém internado na UTQ, por exemplo, é um fato que abala e, de certa forma, até desestrutura toda a equipe, pois a proximidade, tanto com os pacientes quanto com seus familiares, é muito forte; e, normalmente, o tempo de internação é longo. Portanto, a morte representa a impotência e o quanto muitas vezes manter a vida não depende apenas da equipe, mas também da participação ativa do próprio paciente em seu tratamento.

A convivência, os ensinamentos e aprendizados, os sentimentos, as queixas, os gritos e choros, levaram a questionamentos: como é estar internado aqui? Quais são os sentimentos mais profundos que os pacientes não conseguem ou não querem expor neste momento? O que pensam de tudo isso? Como é, para estes pacientes, estar internado em uma UTQ? Como atendê-los psicologicamente de forma mais específica? Por estes motivos, e por não encontrar respostas em artigos ou trabalhos científicos, realizar este estudo tornou-se um caminho instigante.

Além dessas indagações, a dor e o sofrimento parecem permear toda a internação das pessoas que se queimam, e a equipe multiprofissional torna-se a “responsável” por minimizar esse padecimento, seja com medicamentos, seja através do contato e do apoio oferecido. Observa-se o cansaço da equipe e o desgaste provocado pelas queixas dos pacientes, solicitando sempre mais medicações para dor. Quando isso ocorre, é comum falas como: “Já dei toda a medicação prescrita, não é possível que ainda esteja sentindo dor!”.

Será possível afirmar que, já tendo sido administrada determinada dose de medicamento, a pessoa não pode mais estar sentindo dor? E quanto às dores psicológicas? Como aferir medo e desamparo? O que ainda resta tentar fazer para minorar o sofrimento dessas pessoas?

Assim, a partir da prática profissional exercida pela pesquisadora emergiu o **objetivo** desta pesquisa: apreender os significados do sofrimento e da dor experimentados por pacientes a partir da experiência de uma psicóloga em uma unidade para tratamento de queimados de um hospital do estado de São Paulo.

Desenvolveu-se um estudo exploratório sob a forma de pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica. A narrativa em primeira pessoa foi construída como estratégia metodológica para possibilitar descrever, compreender e interpretar

fenomenologicamente a experiência da pesquisadora em seu trabalho cotidiano com pacientes que sofreram queimaduras. Posteriormente, elaborou-se uma narrativa-síntese na qual foram explicitados os principais elementos desta experiência.

Com a realização deste estudo, espera-se poder contribuir para o desenvolvimento de novas formas de atenção psicológica às pessoas que sofrem queimaduras e são hospitalizadas, assim como para o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde que atuam nestes contextos. Em especial, em relação à equipe de enfermagem, por ser aquela que além de passar maior tempo com o paciente, tem que manipular seu corpo diretamente para exercer os cuidados prescritos pelos médicos.

Os capítulos que compõem a presente pesquisa se estruturam da seguinte forma:

Capítulo 1 – *Conhecendo a realidade do paciente hospitalizado* – apresenta o processo de hospitalização e, principalmente, a realidade do paciente que sofreu uma queimadura grave. As características dos ferimentos, os aspectos psicológicos envolvidos, a equipe de saúde responsável pelo tratamento também estão presentes. Além disso, destaca-se um dos aspectos mais significativos no processo de recuperação da queimadura: a experiência da dor e o sofrimento psicológico vividos pelos pacientes.

Capítulo 2 – *Delineando os passos da pesquisa* – apresenta as características da pesquisa qualitativa e descreve o método fenomenológico quando aplicado em estudos na área de psicologia. A narrativa surge como estratégia metodológica sob a forma de expressão da experiência em foco. Descreve o hospital como contexto de pesquisa e explicita a atenção psicológica disponibilizada aos pacientes queimados.

Capítulo 3 – *Recordar é viver: a narrativa de uma psicóloga sobre uma unidade para queimados* – apresenta a narrativa escrita pela pesquisadora sobre sua experiência no contato com pacientes, seus familiares e equipe de saúde. Ao final, inclui uma narrativa-síntese contendo os principais elementos que emergiram da narrativa da pesquisadora, contextualizando-os em relação ao fenômeno em foco.

Capítulo 4 – *Diálogo com outros pesquisadores* – problematiza e amplia os elementos mais significativos que emergiram da narrativa apresentada no capítulo

anterior, a partir de uma interlocução com outros pesquisadores e com teóricos que desenvolveram estudos sobre o tema.

Considerações Finais – inclui reflexões da pesquisadora sobre o estudo realizado, apontando um sentido a ser empreendido em novas pesquisas.

CAPÍTULO 1: CONHECENDO A REALIDADE DO PACIENTE HOSPITALIZADO

1.1 O processo de hospitalização

A hospitalização é um momento de grande vulnerabilidade para o paciente e sua família. Pode acontecer bruscamente, como uma doença aguda, um trauma, ou pode ocorrer como parte da vida de alguém que possua uma doença crônica. De qualquer forma, é um momento que traz angústia e medo a ambos: paciente e família.

Simonetti (2004) define a doença como uma grande situação de perdas: da saúde, da autonomia, da identidade, de tempo, de negócios a fazer e até da própria vida. Por outro lado, pode ser vista como uma situação também de ganhos: atenção, cuidado, preocupação, carinho; ganha-se o direito de não trabalhar e até desculpas para explicar dificuldades amorosas, no trabalho, etc. Estes podem ser caracterizados como ganhos secundários à hospitalização e estão relacionados a fatores psicológicos, tais como a manutenção do estado de adoecimento para receber atenção.

A pessoa que passa por uma internação fica desprovida do poder de escolher, é submetida às normas, rotinas e procedimentos hospitalares, muitas vezes de forma passiva; seu corpo passa a representar um espaço para as intervenções da equipe (Espinha & Amatuzzi, 2008).

Segundo pesquisa realizada por Bellato (2001), uma das características marcantes da hospitalização é o tempo, percebido como muito lento no hospital, marcado pela rotina das atividades como o horário das medicações, alimentação e banho. A sensação de estar preso, relatada por participantes da pesquisa é grande. Referiram-se a isso usando o termo “hospital-prisão” (p.72). Graças (1996) traz característica semelhante quando se refere à hospitalização: o tempo torna-se longo devido à passividade dos sujeitos, à ausência de acontecimentos agradáveis e muitas vezes à falta de perspectivas. Outra característica observada é a mudança no espaço físico – da casa onde há uma multiplicidade de vivências, para o hospital, reduzido ao único objetivo de tratamento.

Este espaço é na maioria das vezes dividido com outra(s) pessoa(s); compartilham-se as angústias, os medos e as alegrias. Estar com o outro é uma

possibilidade de compartilhar a solidão, o sofrimento, mas também de se construir novas amizades, pois embora seja curto o período de tempo, a intensidade da experiência contribui para aproximar as pessoas. Por outro lado, o significado vivenciado durante a hospitalização é uma experiência única e singular para cada um dos pacientes.

Graças (1996) aponta que a internação é mais difícil no início, quando a pessoa ainda está impactada pelo motivo que a levou a estar hospitalizada; o sofrimento, as limitações e alterações corporais impossibilitam olhar o futuro. Com o passar do tempo, vai-se compreendendo melhor a necessidade da hospitalização, e “encontrando algum sentido para sua permanência ali” (p.211). Além disso, afirma que este processo provoca mudanças subjetivas marcantes na vida da pessoa.

A pesquisadora concorda parcialmente com esta afirmação, pois, a partir de sua experiência num hospital que atende pessoas com severas queimaduras, percebe-se que, apesar dos pacientes compreenderem a necessidade de hospitalização, com o passar do tempo, fica mais difícil para eles por estarem longe de casa, da família, e passam a apresentar sentimentos de solidão, tristeza etc. Muitas vezes têm a sensação de que não estão melhorando, que seu organismo não reage – motivos para a internação se tornar bastante difícil.

O processo de hospitalização é de instabilidades, de altos e baixos. Não se está no hospital totalmente triste ou totalmente feliz. Há dias em que tudo parece melhor, o paciente encontra-se mais animado, mais disposto, sem dores, sem sofrimento. Porém, em outros tudo parece difícil, o medo, as dores, angústia, saudade de casa, família, tudo dá a impressão de que não irá suportar. Então, é como se um dia ele estivesse no alto de uma montanha, enxergando o horizonte, respirando ar puro, vendo a luz do sol; já no outro está lá embaixo, tendo que reunir forças novamente para subir.

Diante disso, como disponibilizar atenção psicológica ao paciente internado?

Segundo Simonetti (2004), “o objetivo da psicologia hospitalar é a subjetividade” (p.19), interessada em dar voz ao paciente em um ambiente cujos desejos são colocados de lado; havendo, muitas vezes, poucas pessoas disponíveis a escutá-lo.

O psicólogo hospitalar é o profissional que vai fazer isso. Ele estará ao lado do paciente para ouvir suas queixas, seus medos, para falar de sua doença, sua

vida, seus pensamentos, desejos ou sobre o que quiser falar. Ele dará espaço à subjetividade do paciente. É por meio da palavra que o psicólogo trabalha com o paciente no hospital, tratando dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento.

É desta forma que a pesquisadora realiza seu trabalho no contexto de uma unidade de queimados em um hospital geral. Buscando compreender a experiência dos pacientes em relação ao sofrimento físico e psicológico, mas também em relação aos sentimentos de esperança, coragem e determinação.

1.2 As queimaduras e o sofrimento

Na literatura pesquisada, encontraram-se poucos estudos que dizem respeito à perspectiva psicológica de pacientes que sofreram queimaduras. Foram consultadas bases de dados como *Scielo* e *Bvs-Psi*, e a grande maioria dos artigos encontrados provinha da área de enfermagem (L. A. Ferreira & Luis, 2002; E. Ferreira, Lucas, Rossi & Andrade, 2003; Gonçalves, 2011; Rossi, Camargo, Santos, Barruffin & Carvalho, 2000; Rossi, 2001), apenas um com coautoria de psicólogo (Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira, & Carvalho, 2007).

Guimarães, Silva & Arrais (2012) assinalam que ainda há um número reduzido de psicólogos em hospitais e, conseqüentemente, nas unidades especializadas, como uma Unidade de Tratamento de Queimados. Por este motivo também há um número reduzido de artigos relacionados à atuação dos psicólogos nas unidades de queimados, já que, segundo os autores supracitados, a presença do psicólogo nem sempre é exigida nas equipes de tratamento intensivo.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde apontavam em 2008 300.000 vítimas fatais por ano, decorrentes de ferimentos causados por queimaduras. Segundo documento criado pela OMS, para prevenção e cuidado da queimadura, há muitas mortes por escaldamento, eletricidade, queimaduras químicas e outras formas.

Milhões de pessoas sofrem por deficiências e desfigurações causadas por queimaduras que podem ser permanentes, e todas elas passam por efeitos secundários pessoais e econômicos que atingem também suas famílias (WHO, 2008).

Dentre os estudos mais recentes, a maioria deles trata de questões relacionadas ao cuidado da equipe de enfermagem com os pacientes e alguns deles

discorrem sobre aspectos emocionais dessas pessoas, mas sempre sob o ponto de vista da enfermagem (Azevêdo & Santos, 2011; Carlucci et al, 2007; E. C. F. B. Costa & Rossi, 2003).

Queimaduras são lesões causadas na pele por ação direta ou indireta de calor, que rompe a integridade da pele comprometendo suas funções. Podem ser causadas por fogo, líquido fervente – chamado de escaldo, vapor, contato com superfície aquecida, agentes químicos e corrente elétrica (Montes, Barbosa & Neto, 2011).

As queimaduras são classificadas quanto à extensão – porcentagem da superfície corporal queimada – e profundidade, avaliada em primeiro, segundo e/ou terceiro grau. Pode comprometer diferentes estruturas do corpo e apresentar aspectos diferentes.

Na queimadura de primeiro grau, a lesão atinge apenas a epiderme e o local apresenta vermelhidão, calor e dor, praticamente sem repercussão sistêmica. Na de segundo grau, o comprometimento envolve a epiderme e a derme; o local apresenta dor, edema, vermelhidão e ulceração; a cicatrização é mais lenta, podendo ocorrer sequelas. Na do terceiro grau, há destruição da epiderme e derme, podendo atingir o tecido subcutâneo, tendões, ligamentos, músculos e ossos. A lesão é branca ou negra, seca e dura; não há dor devido à destruição das terminações nervosas. Nesses casos normalmente há indicação de enxertia de pele, pois não há regeneração espontânea (Montes et al., 2011).

Segundo as mesmas autoras, muitas vítimas de queimaduras podem apresentar lesões de vias aéreas, merecendo um cuidado especial, pois são apontadas como uma das principais causas de mortalidade, pela ação térmica direta ou pela inalação de substâncias tóxicas.

Uma das complicações que podem ocorrer com os pacientes queimados é a infecção generalizada, podendo evoluir para óbito; como também podem ocorrer complicações cardiovasculares e renais, associadas à hipovolemia – diminuição de volume de sangue no organismo.

A queimadura pode ser considerada um acontecimento que interrompe bruscamente a vida de alguém, causando desequilíbrio e provocando danos físicos e psicológicos aos pacientes.

Segundo Carlucci et al. (2007), observa-se que, num primeiro momento da internação, há a preocupação em estabilizar fisicamente o paciente. Este parece ainda não se dar conta ou não saber realmente a gravidade da queimadura. Num segundo momento, a pessoa que sofreu a queimadura começa a compreender o que aconteceu e a pensar nas consequências disso, porém, na primeira semana, ela ainda não tem noção sobre o que virá durante a internação ou quanto tempo permanecerá internado.

Didaticamente, pode-se afirmar que o paciente passa por três fases desde o momento em que a queimadura acontece: a primeira é chamada de ressuscitação ou estabilização, que se refere às primeiras 72 horas após a ocorrência da queimadura, quando há risco de morte e caracteriza-se por estabilizar o paciente. A segunda fase seria de reabilitação, na qual os pacientes passam por todos os procedimentos dolorosos da internação e se dão conta do trauma físico e psicológico que sofreram. A terceira fase, chamada de reabilitação de longa duração, é a fase, em que o paciente se encontra, assim que recebe alta hospitalar.

As principais características destas fases são, respectivamente: medo da morte; susto pelo trauma sofrido; confusão; desorientação; culpa; ira; sentimento de dor e desvalorização pessoal, relacionados ao temor pela desfiguração e incapacidade; e expectativas em relação às sequelas físicas e emocionais (Carlucci et al., 2007; Scherer, 1995).

Durante a internação, o que se observa é a primeira e segunda fase, e o início da terceira, que se dá enquanto o paciente está ainda no hospital. Pode haver outra divisão em relação à segunda fase que caracteriza basicamente todo o período de internação. Esta pode durar por volta de quinze a trinta dias, ou até mais, e muitos acontecimentos estão presentes.

Antes da realização das cirurgias e imediatamente após, o paciente normalmente sente dor e permanece restrito ao leito. Após as cirurgias de enxertia, os pacientes mais acometidos pela queimadura sentem-se mais dispostos para sair da cama, e começam a caminhar e realizar suas atividades sozinhos. Portanto, há dois momentos durante toda a internação: aquele que vai da dependência à independência, e outro, de um sentimento de dor intensa para a diminuição dela.

Em estudo realizado por Carlucci et al. (2007) e Gonçalves (2011), os sentimentos e comportamentos considerados significativos e que expressam

sofrimento durante a internação são: choro, tristeza, revolta, remorso, solidão, saudade, medo, ansiedade (desespero, vontade de ir embora, nervosismo), insônia, labilidade emocional, pesadelos com o trauma, angústia, estresse, sentimentos de culpa, impotência, fantasias, baixa autoestima, indignação, falta de apetite, entre outros.

Estes sintomas podem estar relacionados à extensão do trauma, aos procedimentos realizados durante a internação, como banho, troca de curativos, procedimentos médicos, além de elementos característicos da própria personalidade.

Algumas situações consideradas como relevantes durante a internação: ter de submeter-se a procedimentos e sentir dor, receber ou não o apoio familiar e da equipe, viver uma experiência nova, conhecer a situação de outras pessoas.

Consequências das situações vividas durante a internação são relatadas como importantes e podem ser “boas ou ruins”: limitações físicas - não poder tomar sol, não conseguir andar sozinhos; alterações emocionais como a depressão; mudanças de valores - passam a valorizar mais a vida, sentem-se mais próximos de familiares e amigos, e relatam maior apego à religião; mudanças no estilo de vida - tomam mais cuidado no dia a dia para evitar acidentes, aprendem coisas novas abandonando vícios; mudanças no papel social e nas relações interpessoais - afastamento do serviço, percepção de estar sendo desprezado por pessoas próximas em razão de mudanças corporais e marcas (Carlucci et al., 2007; Guimarães et al., 2012).

Em se tratando de dor, a ela foram atribuídos significados diferentes ao longo do tempo. Havia no século XIX uma conotação de bravura, ligada à formação das pessoas, via processo educacional, que remetia a traços de caráter como ser corajoso. A capacidade para resistir à dor demonstrava o limite que cada organismo poderia alcançar (Sant’Anna, 2000).

Sant’Anna (2000) lembra que anúncios publicitários tratavam da dor com naturalidade, inclusive veiculando imagens consideradas hoje como não apropriadas, como mostrar partes do corpo doentes, feridas, rostos com expressões de sofrimento, etc. A dor era encarada como algo que dava sentido à vida humana.

Em 1979, a Sociedade Internacional para Estudo da Dor conceituou a dor como uma experiência desagradável relacionada a aspectos sensoriais e

emocionais. Além disso, foi descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais ligada às experiências individuais traumáticas (Pimenta, Koizumi & Teixeira, 1997).

Segundo Negromonte (2010), a dor é subjetiva e multidimensional. Portanto, está relacionada a aspectos culturais, pessoais e situacionais; como também a características subjetivas de cada indivíduo, como o humor, significados simbólicos, aspectos afetivos, etc.

Para tentar compreender a dor, é importante que o paciente fale sobre ela, para que seja avaliada e medidas analgésicas implementadas. Pimenta et al. (1997) afirmam que o doente é dono de sua própria dor visto sua característica individual, e esta só pode ser julgada a partir do seu relato.

A dor foi considerada por participantes de pesquisas realizadas por Carlucci et al. (2007) e Rossi et al. (2000) como uma situação significativa que pode estar relacionada aos procedimentos de banho, curativo, cirurgia, extensão e localização da lesão, experiências anteriores, níveis de ansiedade; pode estar ligada também ao momento do tratamento em que o paciente se encontra – se já iniciou os procedimentos cirúrgicos, se a pele já está em fase de cicatrização etc. A expectativa para a realização desses procedimentos gera ansiedade; e, aumentando a ansiedade, a percepção da dor também aumenta, gerando um ciclo de dor-ansiedade. Também podem ser observadas mudanças no humor, sensações de medo, agressividade, transtornos do sono entre outros.

O sofrimento identificado nesses pacientes pode decorrer da ruptura temporária do núcleo familiar, do trabalho e relações sociais, da sensação de abandono, perda de identidade, e das próprias características do ambiente hospitalar, ou seja, do desequilíbrio total, como apontado acima, causado pela queimadura (Azevêdo & Santos, 2011).

Espinha & Amatuzzi (2008) consideram que é preciso levar em conta a experiência de sofrimento anterior à internação, pois isso pode influenciar a aceitação de internações posteriores. Em pesquisa com pacientes internados em hospital geral, eles perceberam que os sentimentos e as reações do paciente mudaram ao longo da internação. Como as alterações emocionais também estão presentes entre os pacientes internados. Foi observado que a condição psicológica interfere diretamente nas sensações físicas do paciente, incluindo a dor. Condições

anteriores à internação podem favorecer a dor ao passar por ela, além de poder ser sua causa também.

A experiência da dor adquire significado no contexto de vida de cada pessoa, isto é, ela é também uma expressão do modo como a pessoa lida com outros momentos de sua vida. Pode ser que a pessoa feliz também sinta dores, mas as suporta de maneira diferente (Van Den Berg, 1966).

A dor sentida pelos pacientes internados em UTQ não diminui apenas com analgesia. É importante também “a compreensão, a escuta e a busca pelos significados dessa dor na vida do paciente”. A dor pode modificar comportamentos e humores, permitindo que a agressividade e a depressão, por exemplo, apareçam. Estas se referem a uma “dor existencial”, para a qual a ajuda do psicólogo é muito importante, pois ele ajudará o paciente a compreender o que aconteceu, o que o levou ali, e evitar possíveis complicações (Guimarães et al., 2012).

É importante que o paciente possa receber o apoio da família e da equipe, pelo fato de ter que passar muito tempo longe de casa, dos amigos, do trabalho, ou seja, afasta-se de toda a sua rede social exatamente num momento em que está sofrendo muito e de uma maneira totalmente nova para ele.

A equipe multiprofissional pode ajudar durante a internação não somente realizando procedimentos técnicos, mas também oferecendo proximidade, “mostrando-se disponível e sensível frente à situação e explicando claramente os procedimentos que serão realizados, buscando aliviar a ansiedade e estabelecer um bom vínculo com o paciente” (Carlucci et al., 2007, p. 26).

A visita da família pode desencadear no paciente sentimentos ambíguos, como alívio e bem-estar, momentos de alegria e descontração, assim como sentimentos de vazio, tristeza e solidão, quando os mesmos vão embora (Espinha & Amatuzzi, 2008).

A equipe de enfermagem, por sua vez, é aquela que presencia a queixa e age com o intuito de aliviá-la, sendo o porta-voz do paciente a fim de relatar ao médico o que está sentindo, e administrar a medicação, caso seja prescrita pelo médico (Carlucci et al., 2007; E. C. F. B. Costa & Rossi, 2003).

Esta é a equipe que passa a maior parte do dia junto aos pacientes, e pode perceber e descrever detalhadamente o que eles passam e sentem. Pode caracterizar-se por pessoas que transmitem segurança ao paciente, como também

medo e insegurança, fazendo com que ele não queira mais os seus cuidados, dependendo da maneira como eles o tratam.

Sendo a queimadura uma das formas mais graves de dor, é preciso administrar aos pacientes medicamentos antes de se realizarem os procedimentos como banho e curativo. Isso poderá acontecer por semanas durante a internação. A avaliação da dor nestes casos é realizada pelos profissionais da enfermagem que estão em contato diário com os pacientes, e por isso depende da sensibilidade dos mesmos para a administração da medicação; o que é falha em alguns momentos do profissional acreditar que a dor é inerente ao procedimento (E. C. F. B. Costa & Rossi, 2003). “É importante entender a dor, porque essa pode dificultar a recuperação” (Carlucci et al., 2007, p. 26).

“É um direito do ser humano não querer sentir dor, mas a equipe, muitas vezes, não visualiza o que poderia ser modificado no próprio cuidado, para que a dor fosse evitada ou minimizada” (E. C. F. B. Costa & Rossi, 2003, p.77).

“A complexidade do sofrimento pode ter componentes físicos, cognitivos, afetivos, sociais e espirituais” (p.27). O sofrimento está relacionado às questões e situações de vida prévia, como: estado emocional, reação a determinadas situações, personalidade, experiências anteriores, características da própria queimadura. Isso faz com que cada um perceba, vivencie e demonstre seu sofrimento de maneira diferente (Carlucci et al., 2007).

A dor e o sofrimento, normalmente associados, dependem da cultura em que a pessoa está inserida, mas também dos significados e interpretações individuais, isto é, de como cada pessoa significa sua experiência naquela situação. Quando alguém manifesta dor há também sua subjetividade envolvida, difícil de ser objetivada. A dor vem acompanhada de significados atribuídos pela cultura, e por isso ela pode ser intensificada com sentimentos de culpa, medo, raiva, luto, depressão (Rossi et al., 2000).

Barus-Michel (2003) descreve alguns significados da palavra sofrer: no grego, *pherein*, no latim *ferre* (carregar), *suffere* (carregar por debaixo, oferecer, suportar, permitir, tolerar). Desde o séc. XVI sofrer quer dizer experimentar uma dor. Os verbos que manifestam sofrimento, segundo a autora são: berrar, gemer, gritar, queixar, lamentar, entre outros. A pesquisadora vivenciou ações como estas no dia a dia dos pacientes internadas em uma UTQ. Todos esses verbos fazem parte da

rotina dessas pessoas, e, se segundo este texto eles manifestam o sofrimento, pode-se dizer, de fato, que essas pessoas estão sofrendo.

Normalmente o sofrimento está ligado à dor e a manifestações corporais. Cada um tem uma dor e um sofrimento interpretados de uma forma, de acordo com seus conhecimentos prévios e com o meio em que está inserido.

Muitas vezes o que é sofrimento para um, não o é para outro, mesmo diante das mesmas situações adversas, pois depende da maneira pela qual aprendeu a sentir e a nomear a dor, angústia, prazer, satisfação, entre outros. Os conceitos de dor e sofrimento são diferentes, porém, muito próximos. "A palavra sofrimento tem sido associada ao psíquico, ao mental ou à alma, enquanto a palavra dor, geralmente, é remetida a algo localizado no corpo" (Brant & Minayo-Gomez, 2004).

Barus-Michel (2003) aponta que há sempre uma causa, ligada a uma experiência ou acontecimento, por trás do sofrimento, o qual afeta a subjetividade do sujeito, sua integridade, sua lógica e harmonia. Pode ser caracterizado como uma desestabilização, uma ruptura dessa unidade do sujeito, trazendo consequências a ele, como sensações desagradáveis, equivalentes à dor física e psíquica.

A mesma autora assemelha o sofrimento a um trauma:

O trauma pode definir-se como violência sofrida, arrombamento: o externo perdendo-se no interno, destruindo o equilíbrio, levando o sujeito, ou os sujeitos à desordem e ao sofrimento. Se recorrermos à etimologia do trauma, encontramos a ideia de ferir, de perfurar: é mesmo uma ferida com invasão, uma lesão de uma violência extrema provocando um fluxo excessivo de excitações, não domináveis (p.21).

O paciente pode reagir de formas diferentes frente à dor: simplesmente ignorando-a; de forma realista ou apresentando uma reação além do esperado. Segundo Russo (1967), a dor se inicia com a excitação direta das terminações nervosas da pele pelo calor; mais tarde, devido à destruição das camadas superficiais da pele, qualquer estímulo é capaz de produzir dor, mesmo que seja mínimo, como o encostar das roupas ou o sopro de uma brisa.

A partir de dados de pesquisa coletados por Rossi et al. (2000) com pacientes e profissionais de enfermagem responsáveis pelos pacientes que sofreram queimaduras, foram identificados alguns aspectos relacionados à dor e como eles lidam com ela. Pode-se identificar a dor como sendo física e psicológica. Durante os procedimentos de banho, curativo e fisioterapia os pacientes sentem muita dor. Além disso, durante a noite, ao se lembrar do acidente e também através de sonhos, ao se lembrar da família, ao sentirem-se sozinhos, os pacientes entrevistados na pesquisa sentiam dor. Relataram uma “dor na alma”, podendo ser identificada como uma dor “psicológica”.

Por esse motivo, considera-se complicado pensar que, ao fazer um medicamento, o problema da dor já tenha sido resolvido, pode-se ter aliviado “uma forma de dor”, e não outra. Importante observar como a equipe, de uma maneira geral, não identifica essa dor psicológica, e queixa-se do paciente que “está pedindo muito remédio, e que precisa se esforçar mais”. Há que se concordar que o paciente pode se tornar tolerante às medicações, por utilizarem muito delas no início da internação tornando-se resistentes.

Em pesquisa realizada por Perry (1984) funcionários da unidade de queimados achavam que muitos pacientes exageravam na dor e que os procedimentos não causavam tanta dor assim. Além disso, afirmavam que inevitavelmente os pacientes perderiam o controle com as altas doses de medicamentos, por isso evitavam a administração destes.

Torna-se necessário, portanto, perceber realmente qual é o sofrimento do paciente para procurar suprir sua necessidade da melhor forma possível; pois uma das queixas dos pacientes internados é a falta de paciência da equipe ao lidar com eles, e mais: muitos pacientes acreditam que a equipe tenha prazer por não lhe oferecer a medicação que considera necessária (Perry, 1984).

O tempo de cada um é diferente: a equipe tem todos os pacientes internados na unidade para cuidar e o paciente é único com sua dor e seu sofrimento, e necessita de cuidado e atenção específica. Os fatores psicológicos e fisiológicos podem interferir uns nos outros. É importante reconhecer nestes pacientes suas emoções e formas de expressar a dor e o sofrimento emocional. Muitas vezes podem ser expressos por meio da agressividade, de gritos e choro. Isso é

decorrente das transformações pelas quais os pacientes internados passam, devido aos estressores físicos e psicológicos da internação (Azevêdo & Santos, 2011).

Pode-se observar que as queixas de dor continuam mesmo em fases mais avançadas do tratamento do paciente, momentos em que a queimadura já está cicatrizada; isso causa um efeito importante de revolta na equipe em relação ao paciente, como se ele, neste momento, não pudesse mais sentir dor. Esquecem-se da “dor psicológica” citada anteriormente; o paciente aprendeu a sentir a dor, para ele, todos os procedimentos realizados, enquanto estiver internado serão doloridos, logo, irá se queixar até o fim. Há também o medo do que poderá acontecer, a lembrança do sofrimento fica registrada em sua memória, assim, antes de passar pelo procedimento (banho, curativo ou outro), tem medo do que poderá sentir. Muitas vezes ele relata esse sentimento, expõe que “está com medo de sentir dor”.

Negromonte (2010) afirma que o perfil psicológico do paciente pode interferir no nível de estresse da equipe de cuidadores. Na maioria das vezes, o paciente encontra-se depressivo ou ansioso e sem esperanças em relação à sua recuperação. O paciente que sofre uma queimadura tem seu equilíbrio psicológico afetado de forma traumática, o que traz alterações em diversos aspectos da sua vida; pois, como já foi mencionado, a dor pode ser sentida em todas as fases do tratamento.

Em relação ao cuidado da enfermagem, estudos, realizados por E. C. F. B. Costa & Rossi (2003) e Rossi et al. (2000), identificaram que, para eles, lidar com a dor e sofrimento da criança é mais difícil que dos adultos, no que diz respeito a sentirem-se mais tocados emocionalmente. Além disso, em se tratando das crianças queimadas em acidentes domésticos, a equipe responsabiliza os pais pelo acidente, o qual poderia ter sido evitado.

Muitas vezes, os profissionais desta equipe consideram a dor como inerente ao paciente queimado. Para eles, os adultos, por entenderem melhor o que acontece, devem suportar a dor melhor do que as crianças, procurando se controlar e não ficar “xingando e nem fazendo escândalo”, como muitos fazem.

A reação da equipe de enfermagem difere conforme os fatores que levaram uma pessoa a sofrer queimaduras. A tentativa de suicídio, por exemplo, pode provocar a rejeição dos cuidadores, deixando-os estressados, ansiosos e

impacientes. A tentativa de suicídio, muitas vezes, é reprovada tanto pela equipe como também pela sociedade (E. C. F. B. Costa & Rossi, 2003).

Este pré-julgamento da equipe multiprofissional pode interferir no cuidado prestado ao paciente, mesmo sabendo que não cabe à equipe este julgamento, e sim a assistência.

Ao realizarem entrevistas com profissionais de enfermagem relacionadas ao cuidado com o paciente que sofreu queimaduras, foram constatadas duas dimensões do cuidado: a física e a emocional. Segundo os profissionais entrevistados, diante das queixas de dor, é preciso ser firme com os pacientes, explicando a necessidade de enfrentarem a situação. “Na perspectiva do profissional, ‘ser firme’ engloba dizer não ao paciente, dar alguma informação que ele possa não querer ouvir, fazer procedimentos necessários mesmo que ele não queira aceitar, e agir de acordo com seu bem-estar e interesse” (E. C. F. B. Costa & Rossi, 2003, p. 76).

É muito importante que se tenha um controle da dor durante a internação, para que posteriormente esta não cause uma experiência traumática no paciente. Os medicamentos usados para os procedimentos podem causar alívio, mas muitas vezes não causam a ausência de dor. Este é um dos muitos aspectos difíceis quando se vivencia uma internação junto ao paciente. Presenciar momentos de sofrimento, com gritos e choros é ainda mais difícil quando se sabe do efeito limitador das medicações, e que, provavelmente, o paciente sentirá dor durante os procedimentos.

Segundo pesquisa realizada por Rossi et al. (2000), para muitos pacientes, suportar a dor significa ser um herói, significa ser respeitado pela equipe e pode significar a evolução do tratamento, como se o fato de sentir dor se relacionasse à cicatrização da queimadura.

Conforme Perry (1984), que estudou a dor em serviços de queimados, sentir dor era sinônimo de sentir-se vivo, era a confirmação de que o paciente estava vivo. A presença da dor, segundo a equipe estudada por este autor, ajuda a diminuir o medo da morte ou a possibilidade de morrer, diante da visão do paciente acamado, imobilizado e desfigurado pela queimadura. A dor é sentida pelos pacientes desta pesquisa como terrível e inexplicável, e estressante para os profissionais da

enfermagem. Foi apontado que a dor pode estar sendo subestimada ou que uma inadequação da terapêutica esteja sendo adotada.

Barus-Michel (2003) aponta o sofrimento como a perda de sentido, a desordem das emoções, a impossibilidade de se expor verbalmente, de se explicar, de simbolizar, ou seja, o sofrimento como sendo indescritível.

Para Morgenstein (1994, citado em Scherer, 1995) “a experiência da dor tem como característica o fato de não poder ser pensada. O momento da dor é um momento em que o pensamento fica suspenso: a reflexão é praticamente impossível, dado o transbordamento físico ou psíquico em que se vive” (p.32).

Para as autoras E. C. F. B. Costa & Rossi (2003) é importante durante o tratamento explorar a experiência do paciente, fortalecer sua habilidade para suportar este tratamento, podendo aliviar sua dor.

Na pesquisa realizada por Espinha & Amatuzzi (2008), constatou-se que alguns pacientes responsabilizavam a equipe pela cura e recuperação da doença, propiciando certa alienação, e eximindo sua responsabilidade conjunta pelo tratamento.

Isso pode ser observado no dia a dia do hospital, ou seja, o quanto é difícil os pacientes tornarem-se ativos no seu processo de recuperação, estabelecendo assim uma relação de dependência. No entanto, o paciente que não se submete aos procedimentos passivamente é visto como “rebelde”; aquele que não se ajuda é criticado e até pressionado, para que seu estado não piore; é visto também como um paciente “chato”.

Em pesquisas realizadas por Bellato (2001) e Toralles-Pereira, Sardenberg, Mendes & Oliveira (2004) notou-se que a subjetividade do paciente foi esquecida, e a comunicação realizada em uma única direção, esquecendo-se de lidar com o paciente como uma pessoa que pensa, sente e sofre. Os mesmos autores apontam que os pacientes queriam ser ouvidos e cuidados na sua totalidade, levando em consideração suas particularidades e necessidades.

A falta de diálogo, por sua vez, leva à insatisfação do paciente com a qualidade do atendimento e as situações de controle e dependência da equipe. O sofrimento pode acometer a pessoa como um todo, não estando ligado apenas aos sintomas físicos.

Considerando a vivência de internação como um processo em que a pessoa está em constante transformação e construção, o cuidado prestado à pessoa hospitalizada deve levar em conta este processo e as mudanças que ocorrem neste período.

Diferentes estudos (Azevêdo & Santos, 2011; E. C. F. B. Costa & Rossi, 2003; Rossi et al., 2000) apontam a necessidade de se criar grupos de apoio psicológico à equipe responsável pelos cuidados aos pacientes para discutir o problema, criar estratégias de enfrentamento a fim de lidar com estes pacientes e promover educação continuada da equipe.

Além disso, Azevêdo & Santos (2011) sinalizam a importância do acompanhamento psicológico para pacientes em sofrimento físico, desde que apresentem sofrimento emocional decorrente daquele. Estes estudos apontam para aspectos já realizados na prática profissional da psicologia, como o acompanhamento psicológico; como também sinalizam aspectos novos, que poderão ser alcançados com a presente pesquisa.

CAPÍTULO 2: DELINEANDO OS PASSOS DA PESQUISA

2.1 A pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica

Creswell (2010) descreve a pesquisa qualitativa como um meio para compreender o significado que os indivíduos atribuem a um problema ou fato. Esta pesquisa utiliza a concepção filosófica construtivista social na qual os indivíduos desenvolvem significados subjetivos sobre suas experiências, levando o pesquisador a ampliar seu ponto de vista ao invés de categorizá-lo. Visa a extrair sentido ou interpretar os significados que os outros atribuem ao mundo.

Como estratégias de investigação, a pesquisa qualitativa utiliza da *etnografia* (estuda um grupo cultural intacto em um cenário natural durante um período prolongado); da *teoria fundamentada* (o pesquisador deriva uma teoria geral, abstrata, de um processo, ação ou interação baseada nos pontos de vista dos participantes); dos *estudos de caso* (o pesquisador explora profundamente um evento, um ou mais indivíduos); da *pesquisa fenomenológica* (o pesquisador busca identificar a essência das experiências humanas); e da *pesquisa narrativa* (o participante conta histórias sobre suas vidas a pedido do pesquisador).

Holanda (2006) define a pesquisa qualitativa por meio de duas características: pela inclusão da subjetividade tanto do pesquisado quanto do pesquisador; e por um olhar sobre o fenômeno pesquisado de forma mais abrangente.

Segundo Rey (1999) a investigação qualitativa objetiva conhecer os complexos processos que compõem a subjetividade, mas não estão facilmente acessíveis à experiência. A subjetividade tem uma característica profundamente singular, marcada pela história e pelo contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito.

A pesquisa qualitativa diverge da quantitativa, pois, enquanto esta procura confirmar teorias e hipóteses já existentes; aquela se caracteriza pela busca do novo e do individual para, a partir daí, levantar hipóteses e, posteriormente, generalizar.

Não é possível procurar conhecer o ser humano e suas dimensões objetivamente. Dessa forma, pode-se afirmar que o pesquisador fará uso da subjetividade para decifrar o humano.

Assim sendo, a pesquisa qualitativa é o encontro de uma subjetividade com outra, ou um encontro sujeito-sujeito, e não um sujeito-objeto, como na pesquisa positivista (Holanda, 2003).

Moustakas (1994) resume pontos em comum nas pesquisas qualitativas: o olhar sobre a totalidade da experiência; a descrição das experiências obtidas a partir de conversas ou entrevistas; a busca por significados e essências das experiências; a valorização dos dados da experiência para a compreensão do comportamento humano, entre outros.

Como sinônimos para a pesquisa fenomenológica, ou qualitativa de inspiração fenomenológica, AmatuZZi (2006) usa os termos *pesquisa da subjetividade* e *pesquisa-intervenção* (este usado também por Szymanski & Cury, 2004), que, segundo ele, vão além da relação sujeito-objeto e têm uma tendência dialética. Para se alcançar a subjetividade é preciso um envolvimento pessoal e não apenas uma relação sujeito-objeto. "(...) a subjetividade é o âmago mais profundo da experiência, e não é possível apenas conhecê-la objetivamente" (AmatuZZi, 2006). Para conhecê-la preciso me "aproximar experiencialmente", me relacionar com ela, para só depois falar sobre ela.

Pesquisa-intervenção pode ser uma denominação para o encontro vivido entre os participantes e o pesquisador, que os mobiliza. Desde o momento inicial do contato entre pesquisador e pesquisado, o primeiro interage com o segundo, questiona-o e ouve suas experiências. Ambos estão sendo transformados, são mobilizados e o ambiente se altera. Esta pesquisa pode ser comparada à intervenção psicológica, na medida em que utiliza os mesmos elementos desta última (AmatuZZi, 2006).

É importante que haja o mesmo respeito e consideração aos pacientes de uma relação terapêutica com os participantes da pesquisa; oferecendo informações, tirando as dúvidas, dando alternativas para possíveis "problemas" que possam surgir, como encaminhamento a serviços, etc. (Szymanski & Cury, 2004).

Nesta pesquisa, há uma transformação do ambiente e das pessoas envolvidas, assim como na intervenção psicológica.

Por sua vez, a pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica objetiva a compreensão de um fenômeno, apreendido por meio de uma relação intersubjetiva, em que ambos, pesquisador e pesquisado, têm uma participação ativa. O

pesquisador influencia o pesquisado e o contexto em que a pesquisa ocorre, e é influenciado por ele também. Não há, neste tipo de pesquisa, um conhecimento *a priori*, mas uma flexibilidade do pesquisador para conduzir a pesquisa e ir em busca da subjetividade.

Para Holanda (2002), a pesquisa qualitativa preenche alguns espaços: “o espaço da interlocução com o humano, o espaço de busca dos significados que estão subjacentes ao dado objetivo, o espaço de reconstrução de uma ideia mais abrangente do que é empírico, um espaço de construção de novos paradigmas para as ciências humanas e sociais” (p.156).

2.1.1 O método fenomenológico e a fenomenologia

Uma forma de se compreender elementos da subjetividade, ou, uma das estratégias de investigação da pesquisa qualitativa é o método fenomenológico o qual, baseado em pressupostos filosóficos, vai em busca da essência do fenômeno. A pesquisa fenomenológica é o estudo do que foi vivido por alguém; do significado dessa vivência que surge através do relato que uma pessoa, no caso o participante, faz para outra – pesquisador. Ela extrai significados da vivência imediata, antes de refletir sobre ela. A experiência vivida por alguém é subjetiva, porém, pode ser objetivada à medida que se conta essa experiência para alguém (Amatuzzi, 1996).

Para isso, é preciso inicialmente que o pesquisador afaste da consciência tudo aquilo que é conhecido sobre o assunto o qual deseja se pesquisar. Além disso, não levar em consideração valores e julgamentos que possa ter ou fazer. É preciso que haja um distanciamento de seus conceitos, e que deixe seus pré-conceitos antes de se encontrar com o sujeito participante da pesquisa. No momento do encontro com ele, é importante que esteja inteiramente disponível para ouvir sua experiência. O objetivo da pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica é conhecer a experiência da pessoa e extrair significados dela. A experiência, para a fenomenologia, é o fenômeno que se deseja conhecer.

Forghieri (1993) descreve a pesquisa empírica com inspiração fenomenológica baseada em dois momentos: o primeiro seria o contato do pesquisador com o pesquisado, deixando de lado seus conceitos e reflexões sobre o objeto da investigação, de maneira a ver e compreender globalmente a vivência do

pesquisado. É preciso estar em “sintonia” com a experiência relatada, e deixar-se mergulhar profundamente, para que sentimentos, percepções e intuições surjam a partir daí. Este momento é chamado *envolvimento existencial*.

Em um segundo momento o pesquisador se afasta para buscar o(s) significado(s) da vivência relatada; porém, não se afasta completamente, para que possa voltar à experiência e descrevê-la de modo mais próximo possível da realidade. Este é o momento do *distanciamento reflexivo*. Os dois momentos estão inter-relacionados, podendo acontecer diversas vezes e de maneira inversa, até que se chegue a uma descrição satisfatória.

Amatuzzi (1996) discorre sobre uma estrutura da pesquisa fenomenológica que engloba passos também descritos por outros autores como Forghieri, Giorgi e Van Kaam (s/d). O primeiro deles seria entrar em contato com o vivido relatado pelo pesquisado, mas ainda de maneira pré-reflexiva, na tentativa de captar a essência desse vivido; o segundo passo seria resgatar os significados contidos no relato para que se possa chegar a um significado global. A síntese final seria apontar o sentido do discurso e, em seguida, fazer uma interpretação dos significados e do sentido.

O mesmo autor descreve a possibilidade de uma tendência dialética na pesquisa fenomenológica. A partir desta tendência, a pesquisa fenomenológica busca colher dados de maneira relacional: é por meio de uma relação interpessoal com os participantes que o vivido irá se manifestar e passar de um momento pré-reflexivo para o reflexivo. Pesquisador e pesquisado colaboram para a coleta de dados, ou seja, “a coleta é dialógica” (p.9). Não tem o objetivo de dirigir a pesquisa ou definir claramente o campo como na pesquisa fenomenológica de tendência empírica.

Na pesquisa fenomenológica há uma grande participação da subjetividade do pesquisador na análise dos dados e uma abrangência maior de significados, pois permite que participantes e pesquisador reconheçam algo que era vivido apenas de forma pré-reflexiva.

Amatuzzi (2003) aponta a pesquisa fenomenológica como a busca pela experiência vivida, que, até ser contada para alguém, poderia nunca ter sido acessada. O pesquisador atua então como um facilitador do acesso ao que foi vivido, proporcionando, no encontro intersubjetivo, a oportunidade para a pessoa

participante da pesquisa falar sobre sua experiência e ter acesso ao que foi vivido por ela.

Neste sentido, o autor informa que os participantes não são apenas pessoas fornecendo informações, mas sim colaboradores da pesquisa, que, juntos, pensam e relatam experiências novas, as quais são vividas no presente à medida que são contadas. Não fornecem informações prontas, como ao responder a um questionário; mas tentam resgatar a experiência vivida no presente. Isto é o objetivo de uma entrevista fenomenológica. “(...) a pesquisa fenomenológica é dialética e mobilizadora. Se é que quer ser profunda” (p.21).

É justamente esta apreensão da realidade, a partir do sentido desta para uma subjetividade intencional que a pesquisa fenomenológica busca acessar, ou seja, alcançar o significado da realidade e do mundo para um sujeito encarado como ator e protagonista de sua própria vivência (Amatuzzi, 2003, p.44).

Holanda (2003) cita Rogers quando afirma ser o próprio sujeito a melhor pessoa para entender sua experiência quando volta a ela, quando retoma sua vivência através de uma relação intersubjetiva.

Para se conhecer algo sobre o humano, são necessários métodos que valorizem aspectos da intersubjetividade, com processos compatíveis com os pressupostos da psicologia humanista. Para Holanda (2003) a pesquisa qualitativa lida com *atos humanos*, os quais não podem ser divididos; há uma integração dialética entre observador e observado, ambos atuam sobre o outro. O ato humano é um conjunto de significados que são explicitados na relação.

Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador se envolve com o pesquisado para que consiga apreender aspectos mais profundos da sua experiência. Não se pode conhecer a totalidade da experiência, apenas extrair significados dela; por isso, o encontro intersubjetivo é importante se o objetivo é conhecer o fenômeno (Ramos, 2012). É a partir dele que o pesquisador ouve as experiências do pesquisado, compreendendo e interpretando-as.

Assim, o pesquisado não só “fornece informações”, mas relata suas vivências que são atualizadas; ambos vivem, então, uma nova experiência neste encontro intersubjetivo, em que um é tocado pelo outro; os impactos desta experiência no pesquisador possibilitam que ele apreenda elementos da experiência do pesquisado e os analise (Ramos, 2012).

Dutra (2002) afirma que, quando o sujeito da pesquisa narra sua experiência, ele também faz o pesquisador sujeito, participante da sua experiência, à medida que o leva a participar de sua história, comovendo-o. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não tem uma postura neutra, mas atua como sujeito participante. Rogers e Kinget (1975) afirmam que a pesquisa “é a organização coerente de experiências pessoais significativas” (p.149).

A partir do relato do participante, podem-se alcançar significados imediatos da vivência, e ir além, na busca por significados antes desconhecidos por ele. Não há neste modo de pesquisar um interesse em preservar ou garantir a neutralidade do pesquisador, como ocorre como pré-condição no caso de pesquisas que se pretendem objetivas, naturalistas, que se baseiam em pressupostos de uma ciência positivista.

O filósofo europeu Edmund Husserl, no início do século XX, dispôs-se a ir em busca do significado da realidade, do sentido do mundo, o qual ele afirmava ter sido perdido em função da ciência só se preocupar com a aplicação de um método empírico de natureza positivista para explicar os fatos da natureza. Procurava um caminho para encontrar este sentido perdido por meio de um resgate da experiência vivida cotidianamente pelo ser humano, com tudo aquilo que a envolve, para que se pudesse chegar a conclusões sobre a realidade que se apresenta.

Husserl chamou esta busca de “fenomenologia”, a qual consiste em considerar a experiência em si mesma, olhando para dentro de si, procurando o que existe na consciência. O filósofo denominou a fenomenologia como a “ciência dos fenômenos, isto é, a ciência que investiga aquilo que aparece ou que se mostra à consciência em todas as suas significações possíveis” (Goto, 2008, p.64).

Segundo o mesmo autor, a palavra fenomenologia deriva de duas palavras gregas: *phainomai*, que significa aparecer, mostrar-se, significando o próprio fenômeno; e *logos*, que significa discurso, no sentido de descrever. O fenômeno é tudo o que aparece no campo da consciência, e a consciência é sempre consciência

de algo, ou seja, é intencional. A fenomenologia como método tem a intenção de ver as coisas exatamente como elas aparecem na consciência através da experiência; “voltar às coisas mesmas”, ver como elas surgem, ou como aparecem na experiência.

Para se conhecer um fenômeno, através desta metodologia, o pesquisador deve se concentrar no fenômeno como ele aparece à consciência do pesquisado, deixando de lado teorias, ciência e filosofia, e ir ao encontro dele (Goto, 2008). Seria um “colocar entre parênteses” o que pensamos acerca da experiência, o conhecimento que já temos, ou nossos juízos de valor, e voltar-se para o que nos apresenta de imediato.

A fenomenologia vai em busca da experiência, que nos revela tanto o lado objetivo quanto o subjetivo do fenômeno. *Ao voltar às coisas mesmas* da experiência, busca-se a essência do fenômeno. E a essência é aquilo que é comum, ou semelhante em um fenômeno. Para Goto (2008) e Amatuzzi (2009), respectivamente “chegar às essências (...) facilita a explicitação do sentido (ou significados) dos fenômenos (...)” (p.83); e “O modo fenomenológico de pensar caracteriza-se pela consideração da experiência intencional - *ela está sempre dirigida a alguma coisa*, no encontro das subjetividades envolvidas com o mundo” (p.96 – grifo do autor).

A psicologia fenomenológica, diferente da filosofia proposta por Husserl, tem o objetivo de esclarecer o vivido através da experiência para levar a uma melhor compreensão do fenômeno. É um desdobramento filosófico, voltado às questões psicológicas (Amatuzzi, 2009).

No que tange aos estudos desenvolvidos sob esta perspectiva, afirma-se que têm inspiração fenomenológica, pois há sempre um encontro com o fenômeno, com o objetivo de absorver informações a partir da experiência vivida por alguém (neste caso, o participante da pesquisa). O acesso a esta experiência subjetiva inclui memórias e significados. O pesquisador precisa definir de que modo vai facilitar o acesso à experiência vivida pelo participante e como vai registrar esse encontro.

Neste estudo, a pesquisadora propôs-se levar a efeito este objetivo a partir de uma imersão nos significados de sua própria experiência profissional no contexto de uma unidade de queimados em um hospital do interior de São Paulo.

2.1.2 A narrativa como forma de comunicação da experiência

Walter Benjamin (1994), filósofo e cientista social alemão, considerou a narrativa como a forma de expressão da experiência (Dutra, 2002). “O narrador retira o que ele conta da experiência: de sua própria experiência ou da relatada por outros” (Benjamin, 2012, p.217). O filósofo faz uma comparação da narrativa com a informação – esta, passando a ser instrumento da imprensa, tem o objetivo de informar ou explicar um fato, e verificar ou não o que é comunicado. Isso não ocorre com a narrativa, já que “metade da arte da narrativa está em, ao comunicar uma história, evitar explicações” (Benjamin, 2012, p.219).

Apointa também que a narrativa pode representar muito mais que um acontecimento vivido, pois, à medida que é contada, não nos mostra apenas uma experiência em si, mas vai se reconstruindo na fala. Ao contar sobre sua experiência, o narrador modifica o ouvinte, e este, ao contar o que ouviu transforma-se também em narrador por ter incluído em sua própria vida a história contada.

Benjamin discorre sobre um sentido mais amplo da narrativa. Esta não tem o objetivo de descrever detalhadamente ou “transcrever” a experiência de alguém; mas a de que, ao escutar a história, o pesquisador possa transformá-la ou aumentá-la, segundo sua própria interpretação, levando, dessa forma, a ampliar a experiência em si. Segundo este autor, a narrativa suscita sentimentos e emoções no leitor, podendo estar relacionados com sua própria experiência. Pode ter um, ou muitos sentidos, “pode ser vista como uma forma artesanal de comunicação” (p.374).

A narrativa é uma “dimensão fenomenológica e existencial”, na medida em que ocorre um encontro intersubjetivo e ambos, narrador e ouvinte, vivenciam o mundo do outro. Vivem juntos pensamentos, sentimentos, quando estes vão sendo contados e recontados, relacionam-se com o passado e também com o futuro. O ouvinte vive com o narrador sua história no momento em que é contada, e pode caminhar por lugares antes obscuros da sua própria experiência (Dutra, 2002).

Amatuzzi (2007) relaciona a experiência a um sentido *objetivo* de algo, a uma prova ou tentativa; e a um sentido *subjetivo*, algo aprendido ao longo da vida. Relaciona-se com aquilo que se vê, toca ou sente, a partir do real. Este é o conhecimento experiencial.

O mesmo autor faz referência à definição de Rogers: “(...) o que se passa no organismo e pode ser conscientizado ou percebido de forma imediata” (p.9). Se pode ser vista como um *fato interno*, (Mora, 1982), é a consciência, segundo Rogers, que vai expressá-la. Em seu Dicionário de Filosofia cita Bergson ao admitir a possibilidade de uma experiência do “imediatamente dado”, de tudo o que é dado sem mediação. Pode ser conceituada também como *contato com o real*.

A experiência é então uma via de acesso ao real e produz significados que podem ser expressos. Porém, eles nunca vão demonstrar totalmente uma experiência, pois o que vivemos é sempre mais do que conseguimos expressar. Tem-se então o conceito de experiência como um fato objetivo e também como uma construção do sujeito (Mora, 1982).

Segundo J. S. Costa (2011), a experiência vivida ou *Erlebnis* (em alemão) é aquela imediata, que vem carregada de emoções. A *Erfahrung*, experiência aprendida, que se acumula ao longo do tempo e que permite que se aprenda algo, tem a ver também com as “grandes experiências coletivas” (p.64).

Erlebnis é o termo mais usado pela fenomenologia, pois reflete algo de imediato da experiência de alguém, aquilo que foi sentido no presente imediato, sem outras reflexões. O termo vivência é a tradução espanhola para *Erlebnis*, mas também pode ser traduzido nas línguas latinas pelo termo *experiência* (Amatuzzi, 2007).

O pesquisador terá acesso, então, à experiência do participante à medida que ele vai contando, ou narrando e se dando conta dela. Como já citado anteriormente, não é possível conhecer a totalidade da experiência de alguém, o que se conhece é aquilo que a pessoa relata. A partir disso, busca-se apreender os significados da narrativa do participante e compreender a experiência vivida por ele. É a partir da análise e compreensão do pesquisador que se chega aos significados da experiência que foi narrada em um encontro intersubjetivo em que ambos, pesquisador e pesquisado, são tocados um pelo outro (J. S. Costa, 2011). Pode-se dizer, por isso, que será construído conjuntamente o sentido do que foi vivido pelo participante.

Da mesma forma que o objetivo da fenomenologia é alcançar a essência do fenômeno, ou tudo que é percebido, imaginado ou sentido na consciência (Morato, 1987), o encontro na pesquisa fenomenológica busca os elementos essenciais do

fenômeno, e, através das narrativas, o pesquisador poderá expressar tudo aquilo que vivenciar durante o mesmo. “Narrar é antes de tudo intercambiar experiências, é um diálogo no qual quem tem algo a dizer enriquece o outro e vice-versa. (...)” (Cruz, 2007).

Dutra (2002) afirma que é através da fala, da narrativa do sujeito que este se manifesta, se expressa e pode chegar a significados mais profundos da sua própria experiência. Ao proferir e ouvir suas próprias palavras, transforma-se, encontrando escuta no outro. Desta forma, o sujeito nos coloca como fazendo parte de sua história, não sendo, portanto, apenas um observador.

Esta autora afirma que o pesquisador que escuta, que participa de uma narrativa, está presente como profissional e como pessoa, ou seja, em sua totalidade. E sua totalidade inclui pensamentos, sentimentos, a própria experiência. Desta forma o pesquisador se coloca como alguém que participa da história e da experiência do outro. Pesquisar a experiência do outro, segundo Dutra (2002), é um exercício extremamente complexo. Por sua singularidade e individualidade, pelo fato de que a experiência é um processo que flui e se diferencia.

Estas características da experiência humana impossibilitam explicações generalizadas e o estabelecimento de verdades universais, mas favorecem a busca por elementos essenciais que estão presentes em determinada experiência vivida por um grupo específico de pessoas. Segundo J. S. Costa (2011):

(...) a narrativa que surgirá dessa experiência será sempre uma forma artesanal de comunicação, cujo sentido surge a cada vez que é narrada, a cada encontro entre narrador e ouvinte, que, estando em interação, em comunicação, construirão em conjunto o sentido do que vivem (p.64).

2.2 Método

2.2.1 Procedimento

A pesquisa foi realizada a partir da experiência da psicóloga/pesquisadora em um hospital do estado de São Paulo em que há uma Unidade para Tratamento de

Queimados. Desde março de 2010, esta pesquisadora exerce suas atividades profissionais neste hospital.

O projeto de pesquisa foi submetido, inicialmente, à autorização do responsável por esta Instituição.

Ao atuar por mais de três anos em uma unidade hospitalar em que se encontram pessoas extremamente machucadas, emocionalmente abaladas devido a uma queimadura; a pesquisadora percebeu a importância de um estudo mais aprofundado sobre as questões envolvidas neste contexto, referentes às relações interpessoais, especialmente na relação com os pacientes e seu sofrimento.

Assim, optou por relatar sua experiência pessoal e profissional à maneira de uma narrativa, tentando comunicar, sob um olhar psicológico, o sofrimento de pacientes que sofreram algum tipo de queimadura.

Nesta narrativa, escrita durante os meses de julho e agosto de 2013, foram utilizados elementos da memória da pesquisadora, a qual procurou avivar experiências significativas observadas e vivenciadas na unidade de queimados durante estes três anos.

Nesta pesquisa não foram realizadas entrevistas. O sofrimento dos pacientes foi apresentado a partir da experiência da própria pesquisadora, enquanto psicóloga da instituição, e da sua inserção na unidade e no cotidiano das pessoas que lá estiveram internadas.

A pesquisadora trabalha cerca de trinta horas semanais no hospital (exceto aos finais de semana), e metade deste tempo, pelo menos, é vivido na unidade de queimados.

2.2.2 Compondo a narrativa

Neste estudo, durante um período de, aproximadamente, dois meses, a pesquisadora elaborou uma narrativa buscando descrever, compreender e interpretar fenomenologicamente sua experiência como psicóloga hospitalar no trabalho cotidiano com pacientes que sofreram queimaduras.

A narrativa foi utilizada como *estratégia metodológica*, tendo como objetivo “contar a alguém o que aconteceu em uma situação” (Ramos, 2012). Buscou-se chegar à totalidade da relação intersubjetiva ocorrida no momento do encontro. A

elaboração da narrativa objetivou apreender os elementos experienciais. Para isso, a pesquisadora incluiu suas impressões e sentimentos ao estar com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional na rotina hospitalar.

A partir de dados de memória, foram narrados muitos momentos vividos, como também impressões e sentimentos da pesquisadora a partir dos encontros com os pacientes. As impressões sobre a interação da equipe com os pacientes foi inserida como pano de fundo. A isso, Ramos (2012) denominou de “movimento processual da consciência”, ou seja, a consciência não é estática; na medida em que for relatar o ocorrido, surgirão à consciência do pesquisador apontamentos diferentes, outras lembranças, e assim poderá reescrever suas narrativas quantas vezes julgar necessárias.

Terminada a elaboração da narrativa, a pesquisadora submeteu à apreciação do Grupo de Pesquisa Institucional, em seguida, fez alterações que julgou necessárias, a fim de incluir novos elementos que lhe foram ocorrendo, gerados pela discussão em grupo.

O processo de construção da narrativa, portanto, contou com contribuições coletivas e estas culminaram na elaboração pela pesquisadora de uma narrativa-síntese, buscando apreender os principais elementos da sua experiência, que se constituíram na fase final da análise fenomenológica, ou seja, na fase de interpretação.

A este respeito, Sells, Topor & Davidson (2004) adotam procedimento semelhante em seus estudos, envolvendo vários pesquisadores que servem como juízes e ajudam a chegar a um consenso sobre as narrativas do pesquisador.

O processo de mergulhar na experiência e reescrever a narrativa possibilitou à pesquisadora alcançar elementos essenciais do fenômeno, os quais foram interpretados fenomenologicamente.

A narrativa final, contendo uma síntese interpretativa dos elementos essenciais da experiência de sofrimento, possibilitou apontar um sentido para o fenômeno em foco. Esta etapa final do processo de análise fenomenológica, constituída por um movimento de interpretação dos significados apreendidos, possibilita torná-la acessível a outras análises e contribui para o desenvolvimento da ciência psicológica; sobretudo no que tange às práticas psicológicas mais

apropriadas ao contexto e a situação subjetiva de pessoas que passam pela experiência de serem internadas em uma unidade para tratamento de queimados.

2.3 Contexto onde foi desenvolvida a pesquisa

2.3.1 O hospital geral

O hospital em que foi desenvolvida a pesquisa é caracterizado como hospital geral, e conta com áreas de alta especificidade como UTI Neonatal, Unidade de Tratamento de Queimados, UTI Adulto; além de especialidades médicas que servem como referências para outras cidades da região: neurocirurgia, ortopedia e traumatologia e cirurgia vascular.

Este possui aproximadamente 180 leitos, e, além das áreas citadas acima, é dividido em: clínicas médica e cirúrgica, pediatria, pronto-socorro adulto, infantil, clínica de atendimento particular e convênios, maternidade, ambulatório de especialidades médicas, pronto-atendimento de convênios e observação de convênios.

Além disso, possui um setor de diagnóstico e imagem, em que são realizados exames como radiografia, tomografia, ressonância magnética entre outros. Por possuir áreas de alta especialidade, o hospital é referência para a cidade, cidades próximas ou que pertençam ao mesmo departamento regional de saúde.

2.3.2 A UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados

A Unidade de Tratamento de Queimados em que o estudo foi realizado está localizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo, e foi criada por volta do ano de 1993; mas só foi cadastrada como Centro de Referência em Atendimento a Queimados pelo Ministério da Saúde em 2001.

O estado possui vinte Centros de Tratamentos de Queimados, sendo sete na capital e treze em cidades do interior. Esta unidade foge aos parâmetros de atendimento regional do hospital, por ser ínfimo o número de centros de tratamento desta natureza. Recebe, portanto, pacientes de todo o estado.

A unidade é pequena, possui em torno de vinte metros de comprimento. Os quatro quartos ficam próximos ao posto de enfermagem. São três com dois leitos e um com um leito de UTI – totalizando seis leitos de enfermaria e um de UTI. Em cada quarto há um banheiro.

Há um posto de enfermagem, uma sala de cirurgia, um expurgo, conforto médico e banheiro para uso da equipe multiprofissional. A equipe que atua nesta unidade é composta por três enfermeiras e doze auxiliares de enfermagem que se dividem nos três turnos de trabalho.

Além destes, oito médicos cirurgiões-plásticos trabalham em esquema de plantão; nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta passam todos os dias na Unidade atendendo aos pacientes.

A sala de cirurgia é instalada dentro da unidade para que o paciente, ao precisar deste procedimento, não precise circular pelo hospital correndo mais risco de contaminação.

Os critérios de internação apontados por Greco Junior, Moscozo, Lopes Filho, Menezes, Tavares, Oliveira, & Gama Junior (2007) são os seguintes:

- 1) Lesão do terceiro grau maior que 10%;
- 2) Lesão do segundo grau superior a 15% no adulto e a 10% na criança;
- 3) Queimadura em face, mãos e pés;
- 4) Queimadura em região perineal ou genitália;
- 5) Queimadura circunferencial de extremidades;
- 6) Queimadura de vias aéreas.

Nesta unidade, além dos citados acima, os critérios para internação são: vaga disponível para o paciente a quem está sendo solicitada; apresentar queimadura que necessite de procedimento cirúrgico ou que necessite de tratamento hospitalar, como curativos sob ação de medicações.

As pessoas que geralmente precisam de cirurgia são aquelas que tiveram queimaduras de segundo grau profundo ou terceiro grau.

Os pacientes chegam ao hospital da seguinte forma:

- Através do *Pronto-Socorro do hospital*, quando o médico da Unidade de Queimados é acionado para fazer uma avaliação e analisar se será necessária a internação ou se apenas fará acompanhamento ambulatorial.
- Através de uma *Central de Regulação de Vagas do estado*, que, necessitando de um leito, entra em contato com as Unidades mais próximas de onde estiver o paciente e leva para aquela onde houver vaga disponível.

Greco Junior et al. (2007) classificam a extensão da superfície corporal queimada em função da faixa etária, da seguinte forma: em crianças, é considerada pequena a queimadura que representa $\leq 10\%$ da superfície corporal queimada (SCQ). Média, a queimadura que indica entre 11 e 24 % de SCQ; e grande, $\geq 25\%$ SCQ. Para os adultos, a queimadura é considerada pequena quando representa $\leq 15\%$ da SCQ; média quando a porcentagem de SCQ está entre 16 e 29%, e grande, quando indica $\geq 30\%$ de superfície corporal queimada.

As queimaduras são também classificadas de acordo com a profundidade no tecido: 1º, 2º ou 3º grau. Normalmente os 1º e 2º graus atingem parcialmente a derme e apresentam hiperemia e vesículas, são queimaduras mais superficiais; já o 3º grau apresenta necrose, atingindo totalmente a derme caracterizando-se como mais profunda.

Segundo Russo (1967), na prática isso nem sempre acontece, podendo-se observar vesículas em queimaduras mais profundas (quando um agente de pequena intensidade calórica atua por um período mais longo); ou então necroses em queimaduras superficiais (agente de maior intensidade calórica atuando brevemente).

O dia a dia da unidade pode ser descrito da seguinte forma: os banhos e curativos são divididos entre os turnos da manhã e da tarde. As cirurgias, hoje, são programadas normalmente para o período da manhã, pois dependem de uma escala e da disponibilidade dos médicos anestesistas de plantão no hospital. São realizados os procedimentos diários de enfermagem, como aferição de sinais vitais e administração de medicação prescrita pelo médico.

No dia em que há cirurgia, a equipe de enfermagem se divide entre os banhos (que podem ser realizados no leito ou no chuveiro) e a cirurgia, auxiliando os médicos. É realizada uma visita multiprofissional por semana, com a presença de toda equipe, incluindo farmacêutico e enfermeira do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar).

A visita dos familiares é realizada no período da manhã durante a semana, e à tarde aos finais de semana, sendo permitida a entrada de, no máximo, duas pessoas por dia, as quais dividem os trinta minutos de duração da mesma. Por ser um setor de alta complexidade dizemos que é um “setor fechado”, por isso as pessoas precisam ser identificadas para entrar.

Como os pacientes internados estão muito vulneráveis a infecções pela exposição da pele, não é permitida a presença de acompanhantes, salvo crianças e idosos, quando necessário.

Alguns procedimentos específicos realizados na Unidade de Queimados:

Banho: quando necessário é realizado no leito, e quando possível no chuveiro (banho de aspersão). Ao iniciar o banho, na maioria dos casos e durante uma boa parte da hospitalização, é necessária a administração de medicação para aliviar a dor. É retirado todo o curativo (são quatro camadas de curativo com materiais diferentes) e lavado com água e sabão líquido específico; algumas vezes é necessário esfregar com uma compressa limpa.

Higiene: é feita uma limpeza no paciente sem retirar o curativo e sem molhar a área queimada. Lava-se as partes do corpo que não estão cobertas por curativo. Este procedimento é realizado por, aproximadamente, três dias após a realização de alguma cirurgia.

Cirurgias:

- a) *Desbridamento*: É um procedimento cirúrgico, com auxílio de anestesia, para remover a camada superficial da pele que está morta devido à queimadura.
- b) *Enxerto*: Procedimento em que se tira uma fina camada de pele de outra parte do corpo e coloca-se na superfície queimada que foi desbridada.
- c) *Curativo sedado*: É o procedimento de banho, realizado sob ação de anestesia, após um procedimento de desbridamento ou enxerto. O curativo sedado ocorre de três a cinco dias, aproximadamente, após a realização desses procedimentos.

Basicamente a rotina dos pacientes internados nesta unidade gira em torno dos procedimentos. Eles costumam dormir bastante, talvez pela quantidade de medicação administrada para dor; e nos momentos em que estão acordados assistem à televisão.

Para as crianças, há um pouco mais de variedade, algumas alternativas para entretenimento, tais como pinturas, jogos e brinquedos. Mesmo assim, observa-se que os pacientes sentem-se bastante sozinhos, e sem outras atividades de lazer; ficam em média de quinze a vinte dias internados, e acabam muitas vezes entediados por esta rotina.

Observa-se, em grande parte dos pacientes, o desenvolvimento do humor deprimido, devido a alguns fatores, tais como: distância de casa, da família e do trabalho; dor; incômodo e impaciência por não ter uma posição confortável na cama; não ter outras coisas para fazer além de ficar deitado e assistir televisão; enjoo em relação à comida, entre outros.

Comorbidades são descritas por Guimarães et al. (2012) como possíveis aos pacientes internados em UTQ: síndrome da internação ou hospitalismo – apatia e sentimento de abandono e desinteresse pela vida; estados depressivos; estados de euforia; crises histéricas – descontrole emocional, crise de choro, inconformismo em relação ao acidente; corpo fantasmático – fragilidade e vulnerabilidade na imagem corporal, dificultando o reconhecimento de melhoras; negação do acidente, agressividade e revolta – culpabilização do outro pela sua dor.

A alimentação é de grande importância para estes pacientes, pois necessitam de uma grande quantidade de calorias para repor as perdas devido à queimadura. São servidas seis refeições diárias, além de um suplemento alimentar para os que apresentam maior necessidade calórica, normalmente os pacientes chamados de “grande queimado”.

Muitas vezes a família leva alimentos que são desejados e que o hospital não possui, como alguns tipos de fruta, pães e iogurte. A alimentação é toda monitorada pela nutricionista, que passa diariamente na unidade, avaliando as necessidades dos pacientes, inclusive anotando suas preferências para satisfazê-los. Ainda assim, muitos deles não conseguem comer, ficam enjoados ou não querem.

Em alguns casos, há a necessidade de introduzir uma dieta enteral, com o uso de uma sonda nasoenteral. Este é mais um aspecto de incômodo para os pacientes aí internados, porém, essencial à sua recuperação.

2.3.3 Atenção psicológica aos pacientes internados

A pesquisadora atua como psicóloga no hospital como um todo, mas principalmente na Unidade de Tratamento de Queimados, com os pacientes internados e seus familiares. Integra a equipe assistencial, intermediando a relação paciente/família-equipe, discutindo com os demais membros da equipe sobre casos específicos, orientando sobre o cuidar em sua dimensão psicológica.

Ao estar em contato diário com a equipe assistencial, contribui com observações e recomendações sobre o contato com os pacientes por ocasião da realização dos procedimentos físicos necessários à sua recuperação. Informa e discute com a equipe os aspectos psicológicos decorrentes do processo de hospitalização tanto no caso dos pacientes quanto de seus familiares.

Como esta unidade é a sua referência no hospital, dirige-se diretamente a ela ao chegar todos os dias. Identifica os pacientes internados a partir de consulta aos prontuários. No caso dos pacientes recém-internados, questiona a equipe de enfermagem sobre como eles estão e se precisam de atendimento especial. Caso não haja nenhuma especificidade, estes pacientes serão atendidos normalmente durante as visitas que fazem parte da rotina diária, da mesma forma em relação aos familiares.

O atendimento psicológico a estes pacientes envolve todos os aspectos descritos no capítulo um, desde questões próprias emocionais até relacionadas aos procedimentos e à alimentação. Muitas vezes o paciente fala para a psicóloga o que não consegue falar para outros profissionais, por exemplo, sobre a dificuldade ou a falta de vontade para comer certos alimentos.

Além disso, ele questiona sobre os procedimentos realizados, pedindo o esclarecimento de dúvidas e algumas vezes queixando-se de dor relacionada ao procedimento do dia anterior, solicitando mais medicação. É importante, portanto, que a psicóloga saiba de todos os procedimentos e rotina da unidade, para que possa oferecer um melhor suporte possível ao paciente.

A psicóloga realiza seu atendimento à beira do leito, bem próxima do paciente; quando necessário, usa avental e luvas com paciente que se apresenta em “precaução de contato” devido a alguma infecção.

Primeiramente, apresenta-se, pergunta sobre como tem passado e coloca-se à disposição para qualquer necessidade que tenha. A partir de uma questão inicial, espera-se que o paciente possa falar sobre o que quiser de acordo com suas necessidades.

Os encontros podem se caracterizar como único ou podem ser inúmeros, dependendo do tempo de internação. Quando o tempo é maior faz-se normalmente atendimento todos os dias à pessoa, podendo levar de cinco minutos a mais de uma hora, demonstrando a demanda psicológica que o paciente apresenta naquele dia. A maior parte deles encontra-se em um estado de grande vulnerabilidade emocional e a psicóloga está disponível para apoiá-los em suas angústias.

Em relação às atividades da equipe multiprofissional, tem-se a impressão de que cabe à psicóloga resolver todas aquelas questões com as quais os outros não conseguem lidar. Uma auxiliar de enfermagem disse: “Ah, como é bom ter uma psicóloga só pra gente!”. O momento em que esta frase foi dita foi aquele, por exemplo, em que havia uma mãe chorando muito pelo filho estar ali e por não saber o que iria acontecer com ele; ou quando chegou uma adolescente que não queria ficar internada sozinha, pois sua mãe precisava ir embora para cuidar de um filho bebê em casa. Momentos como estes requerem tempo e disponibilidade dos profissionais, duas dimensões que a enfermagem, na maior parte das vezes, não possui em meio à rotina de trabalho.

Como psicóloga do hospital, a pesquisadora é a pessoa que está disponível, durante seu período de trabalho, para atender a estas demandas. Elas podem surgir de qualquer membro da equipe de saúde, do próprio paciente ou de seus familiares (sempre visando o paciente e seu bem-estar psicológico). Porém, o trabalho não se desenvolve somente a partir de solicitações, mas também da inserção nas unidades que promove uma “procura” pelos possíveis pacientes. Neste sentido, o atendimento psicológico no hospital se aproxima muito do *plantão psicológico*, fundamentado na Abordagem Centrada na Pessoa desenvolvida por Carl R. Rogers, mas não se confunde com ele (Tassinari, 2003).

Mahfoud (1987) caracteriza o plantão psicológico:

A expressão “plantão” está associada a certo tipo de serviço, exercido por profissionais que se mantêm à disposição de quaisquer pessoas que deles necessitem, em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos. Do ponto de vista da instituição, o atendimento de plantão pede uma sistematicidade do serviço oferecido. Do profissional, esse sistema pede uma disponibilidade para se defrontar com o não planejado e com a possibilidade (nem um pouco remota) de que o encontro com o cliente seja único. E, ainda, da perspectiva do cliente significa um ponto de referência, para algum momento de necessidade (p.75).

No ambiente hospitalar, o tempo previamente determinado é o período no qual a psicóloga está no hospital exercendo suas atividades. As outras características se aproximam bastante do proposto para o plantão psicológico, como estar disponível às queixas dos pacientes; a possibilidade de que o encontro seja único, devido ao fato de não se saber durante quanto tempo o paciente continuará internado. Além disso, a psicóloga, ao se fazer conhecida e aceita, torna-se uma referência para pacientes e equipe, em momentos de urgência.

Uma das atitudes propostas por Rogers durante o encontro, a empatia, é provavelmente a mais difícil de ser disponibilizada numa ala como esta. Os profissionais costumam usar amiúde a expressão “ser empático”, como se, de fato, fosse corriqueiro fazê-lo.

Muitas vezes, nesta unidade de trabalho no hospital, a UTQ, a equipe age como se soubesse *exatamente* o que os pacientes sentem enquanto estão internados, especialmente em relação à dimensão da dor. Isto, no entanto, parece ser mais uma maneira defensiva de lidar com a situação, pois não se pode ter certeza sobre aspectos tão subjetivos. Corre-se o risco de minimizar o sofrimento alheio e não se disponibilizam todos os recursos medicamentosos que possam ser úteis para garantir o bem-estar psicológico do paciente.

O próprio Rogers (1997) questionava sua capacidade para ser empático quando estava em uma relação de ajuda:

(...) poderei permitir-me entrar completamente no mundo dos sentimentos do outro e das suas concepções pessoais e vê-lo como ele os vê? (...) Poderei compreender esse universo tão precisamente que apreenda, não apenas as significações da sua experiência que são evidentes para ele, mas também as que são só implícitas e que ele não vê senão obscura e confusamente? (p.62).

Quanto à relação dos pacientes com a psicóloga nesta unidade, observa-se que acontece de maneira muito particular para cada um deles. De maneira geral, a sensação é de estar sendo bem vinda, porém alguns pacientes comunicam-se muito pouco, ao passo que outros podem ficar por mais de uma hora conversando. Muitos contam com esta profissional para tirar dúvidas sobre o tratamento, outros esperam sua chegada para relatar como passaram a noite, para falar da comida, da equipe, entre outros assuntos.

Busca-se, o tempo todo, encontrar o que mais poderia ajudá-los naquele momento, tal como levar palavras-cruzadas ou uma revista para se distraírem, dar uma volta fora da unidade (aqueles que já estão em uma fase mais avançada da internação, como os que já fizeram enxerto, por exemplo). O vínculo é formado na maioria das vezes.

No momento da alta, podem-se perceber os benefícios de os pacientes terem tido acesso a uma ajuda de natureza psicológica durante o difícil período de internação. Eles agradecem muito, além de algumas vezes retornarem à unidade para rever a equipe e/ou levar alguma lembrança.

Constata-se que o trabalho da profissional de psicologia é importante também para os familiares dos pacientes, os quais chegam assustados, amedrontados, com muitas dúvidas e perguntando quando será a alta. Muitos fazem perguntas diretas sobre aspectos emocionais envolvidos na internação. É neste momento que cabe a psicóloga esclarecer suas dúvidas e tentar tranquilizá-los. Eles parecem ficar aliviados depois da conversa, porém necessitam conversar também com os médicos.

A psicóloga é a pessoa que desde o início torna-se mais próxima da família; principalmente das mães que precisam ficar internadas com seus filhos, uma vez que moram longe e não têm alguém para revezar com elas o papel de acompanhante. As orientações, os esclarecimentos, as brincadeiras com as crianças parecem minimizar o sofrimento e a angústia causados pela hospitalização.

CAPÍTULO 3: RECORDAR É VIVER: A NARRATIVA DE UMA PSICÓLOGA SOBRE UMA UNIDADE PARA QUEIMADOS

Esta narrativa trata-se da minha experiência em um hospital, no qual pessoas com queimaduras graves eram internadas. Serei, portanto, a narradora-personagem.

Como psicóloga, acompanhei-as de perto e pude constatar as diferentes maneiras como cada uma foi se curando e sendo curada de seus ferimentos que se estendiam do corpo à alma. Às vezes tinham que ficar hospitalizadas por muito tempo até que se recuperassem de queimaduras provocadas por fogo, água, ou algum outro líquido fervente, por produto químico ou por eletricidade.

Quando cheguei nesta instituição pensei que trabalharia no hospital como um todo, incluindo a Unidade de Tratamentos de Queimados (UTQ) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Não imaginava que viria a conviver de maneira tão íntima com pessoas que se queimaram gravemente e que precisam manter o desejo de viver de maneira intensa e decisiva em meio a muito sofrimento.

Nunca havia imaginado que tantas pessoas passassem por isso diariamente. Que pudessem se machucar no trabalho, em casa, na rua, em lugares inusitados e também em lugares comuns onde realizam tarefas corriqueiras, aparentemente seguras.

Assim, ao chegar à UTQ tudo me era desconhecido. Para os demais profissionais que compunham a equipe técnica, aquela realidade já fazia parte do cotidiano profissional. A maioria deles trabalhava e cuidava daqueles pacientes há algum tempo: quatro, oito, doze anos. Auxiliares de enfermagem e enfermeiros, além dos médicos, vinham cuidando de pacientes que sofreram queimaduras, dedicando-se a eles e testemunhando seu sofrimento; por outro lado, participavam também do processo de recuperação e testemunhavam o surgimento de sequelas que deixariam marcas naquelas pessoas por toda a vida. Mesmo os mais “durões” se emocionavam naquele local: com as perdas por morte ou com as comemorações no momento da alta hospitalar.

Irei contar sobre meus sentimentos de afeto e carinho que nasceram por este lugar que considero um dos mais difíceis para se trabalhar num hospital. Parece contraditório que em um ambiente no qual as pessoas sofrem tanto possa promover um enorme sentimento de amor.

Penso ser importante relatar como a dor, o sofrimento, a aflição, o medo, o carinho, as brincadeiras, a proximidade e até as festas convivem neste lugar.

Os pacientes desta unidade como os da unidade de terapia intensiva muitas vezes se encontram entre a vida e a morte; na UTI, muitos pacientes respiram com a ajuda de aparelhos, ficam sedados, fazendo uso de drogas vasoativas; na UTQ, apesar de também haver pacientes na mesma situação, era comum encontrá-los acordados, conversando, mesmo que estivessem com muita dor – praticamente 100% deles, em algum momento da internação, queixam-se de muita dor. Já na unidade de terapia intensiva, eles conversam pouco, mesmo não sentindo tanta dor.

Há também outros setores do hospital complicados: a clínica cirúrgica, cujos pacientes estão à espera de uma cirurgia e podem estar com muito medo por ser algo novo para eles; a clínica médica, cujos pacientes estão internados há muito tempo, em estado crônico e, muitas vezes, com cuidados paliativos. O sofrimento dos pacientes pode ser observado, portanto, no contexto de um hospital,

Na unidade de queimados, principalmente, muitos sentimentos negativos coexistem somados à saudade de casa, à restrição ao número de visitas, à consciência dos aspectos mais temidos relacionados a alguns procedimentos necessários no processo de recuperação.

Constata-se que a dor é uma experiência extremamente subjetiva, pessoal, particular, difícil de mensurar e descrever. Por isso há pessoas que, mesmo após receberem doses altas de analgésicos, continuam chorando, chamando e se queixando de dor.

Realmente, no início, trabalhar ali me foi muito penoso. Tudo era novo, não somente o trabalho, mas a própria realidade da unidade e das pessoas que ali estavam.

Num dos primeiros dias de trabalho, deparei-me com uma situação delicada: um paciente internado em estado grave com uma história de vida conturbada, daquelas que provocam nas pessoas em geral pré-julgamentos e preconceitos. Ele havia sido vítima de tentativa de homicídio, encontrado em local abandonado e sem documentos; além disso, ele não recebeu nenhuma visita durante o período de internação. Percebi a dificuldade por parte da equipe em relação a ele. Fiquei com a impressão de que não só os pacientes precisavam de uma atenção psicológica, mas também a equipe.

Outras situações difíceis aconteceram no começo, como a morte de uma criança que me deixou muito abalada, pois era a primeira vez que vivia isso profissionalmente. Era preciso adaptar-me ao contato com realidades e histórias diversas sem julgar moralmente.

Naquela unidade, era muito comum ouvir a seguinte frase dos profissionais: “queimadura nunca vem sozinha!”. Isso porque sempre havia uma história complexa envolvendo o episódio da queimadura, e estas histórias eram terríveis na maioria das vezes. No início, os pacientes não gostavam ou não se sentiam à vontade para contar em detalhes o que aconteceu. Isso provocava na equipe uma reação oposta à esperada e esta, dependendo do local do corpo e do tamanho da queimadura, acabava desconfiando da versão do paciente, fazendo conjecturas negativas sobre sua participação no episódio.

Era eu, como psicóloga, a pessoa que acabava “descobrir” a história verdadeira, pois comigo os pacientes aproximavam-se mais e sentiam confiança em revelar detalhes. Por exemplo, quando um paciente, que havia tentado o suicídio, afirmava ter se queimado na churrasqueira ou que fora o álcool que explodira sobre ele, era necessário, primeiramente, construir um vínculo para ele se sentir seguro e então revelar o que havia acontecido realmente.

As **cirurgias** foram umas das primeiras atividades que aprendi a conhecer de perto, já que faziam parte do dia a dia na unidade. Elas eram realizadas no próprio setor, em uma sala cirúrgica equipada para tal fim. Era comum haver pelo menos uma cirurgia por dia. Durante a semana eram agendadas as cirurgias de enxerto, desbridamento e curativo sedado. Nos fins de semana eram comuns os curativos com sedação; estes eram curativos realizados no centro cirúrgico sob efeito de anestesia para verificar o estado da área afetada após a realização de um “desbri” ou de um enxerto.

Lembro-me de ser este um momento muito aguardado pelos pacientes, pois evidenciava o resultado de alguma cirurgia e isso poderia significar proximidade de alta hospitalar. Os preparativos para a efetivação do curativo com o paciente sedado se assemelhavam a uma cirurgia. Os pacientes precisavam ficar em jejum desde o dia anterior e esperar pela entrevista com o anestesista; a ansiedade despertada neles era considerável.

Foi neste contexto que vi alguém ser anestesiado pela primeira vez. Isso me permitiu aliviar a angústia das pessoas que passariam pelo mesmo procedimento, esclarecendo suas dúvidas e “detalhando” o momento da anestesia.

Praticamente a rotina da ala de queimados girava em torno das cirurgias. Era por meio delas que a maioria dos pacientes se recuperaria. Para que os outros procedimentos pudessem ser organizados (banhos, curativos), primeiramente era preciso saber se haveria cirurgia no dia, e aí a unidade ficava ainda mais atribulada de pessoas: mais um médico cirurgião plástico, além do plantonista, vinha para auxiliar; havia o médico anestesista; normalmente passava por lá um técnico do banco de sangue, para levar a bolsa que provavelmente seria transfundida durante a cirurgia. Antes do início, havia o preparo da sala e dos materiais pelos auxiliares de enfermagem, e todo esse movimento denunciava mais um passo na recuperação de um paciente.

Pude presenciar na sala cirúrgica a realização de escarotomias – incisões na pele lesada para a liberação do movimento respiratório, em pacientes com queimaduras de terceiro grau. Eram momentos extremamente impactantes para mim.

Todas as cirurgias vinham acompanhadas de diversos sentimentos, principalmente para aqueles pacientes internados há menos tempo: ansiedade, medo, fantasias etc. Tinham medo da anestesia, “de não voltar mais”, não sabiam se sentiriam dor durante o procedimento ou como seria feito esse “tal desbridamento”.

Normalmente, o paciente ficava sabendo sobre sua primeira cirurgia através de alguma conversa entre membros da equipe nos corredores, ou quando tinham que iniciar o jejum e então questionavam o motivo. Muitas vezes era eu quem contava a eles e acabava explicando à minha maneira como seria o procedimento. Se eles tinham alguma dúvida que eu não sabia como esclarecer, chamava a enfermeira ou solicitava ao médico para que fosse ao quarto explicar-lhes. Uma pergunta que sempre aparecia era sobre sentir dor, ou seja, já havia esta fantasia ou a ideia de que seria doído passar por isso. Eu respondia com base no relato de outros pacientes.

Uma situação recorrente era que, quando o paciente chegava com uma grande área do corpo queimada e em profundidade, segundo ou terceiro graus, ele quase não se queixava de dor. Isso porque nestes casos as camadas mais

profundas da pele haviam sido atingidas, causando a necrose. Ainda assim, estas pessoas, quando passavam pelas primeiras cirurgias (limpezas cirúrgicas para retirar a pele queimada) diziam sentir muita dor, choravam e gritavam. Era como se a pele morta tivesse voltado à vida. Eram momentos de grande impotência, pois os pacientes me chamavam, e eu apenas podia ouvi-los e tentar reproduzir a queixa à equipe, já que ainda estavam sob efeito da anestesia, e, portanto, encontravam-se sonolentos, chorando, sem condições de conversar. Parecia-me que naqueles momentos a única ajuda possível era ser empática com suas queixas.

Sempre gostei e considerei importante acompanhar as cirurgias que aconteciam na unidade. Precisava saber como eram feitas, que material era usado, quantas pessoas participavam, como o paciente ficava naquele momento, entre outras coisas. No início, fiquei surpresa com algumas situações como com a quantidade de sangue decorrente de uma cirurgia de desbridamento. Entendi a necessidade de se fazer um reserva de bolsa de sangue antes de a cirurgia começar.

Outro ponto curioso foi o procedimento de enxerto. Uma fina camada de pele era retirada, normalmente das coxas do paciente, para cobrir a área machucada pela queimadura. Esta pele era apenas colocada por cima e “arrumada” com uma pinça, para que cobrisse toda a área da maneira mais “uniforme” possível. Algumas vezes a pele era suturada (costurada), mas na maioria dos casos não. Sobre ela era feito apenas o curativo, que seria aberto após três a cinco dias, para que o enxerto aderisse à pele. A área, em que é retirada esta camada de pele, chama-se *doadora*, e também recebe um curativo, já que aí se forma um novo “machucado”, mas que se recupera mais rapidamente. Esta área também provoca muitas dores.

Os pacientes, submetidos a este procedimento, não conseguiam movimentar a perna e, às vezes, ficavam dias com ela imóvel com medo de sentir mais dor.

Aprendi muito acompanhando estes procedimentos. A partir daí, pude contar às famílias e aos pacientes, de uma maneira mais simples, como estes procedimentos ocorriam. Além disso, pensava que, sentindo minimamente o que as pessoas sentiam, poderia ser mais útil no alívio de suas dores e de suas angústias.

Talvez, nessa hora eu tenha conseguido entender melhor as queixas dos pacientes e compreendido que estes procedimentos só poderiam mesmo ser feitos

sob a ação da anestesia. Parecia-me uma ação brutal a lâmina cortando a pele queimada, apesar de esta ser a maneira de se realizar o desbridamento.

De fato, deveria doer muito quando o efeito da anestesia e do analgésico passava!

O **banho** era outro procedimento crítico, pois era extremamente doloroso para todos os pacientes. Quando entrava em algum quarto e perguntava sobre o banho, contavam como tinha sido, se haviam sentido dor, se haviam visto o banho acontecer, entre outras coisas.

Como a equipe usava, antes do banho, algumas medicações para fazer com que eles “dormissem” ou não se lembrassem depois o que tinha acontecido; estes se referiam sempre ao dia anterior e em como tinham se sentido durante e após o banho.

Durante o banho, os pacientes gritavam e choravam muito. Normalmente, não se lembravam disso; no entanto, quando se lembravam, relatavam a dor enorme que sentiram durante o procedimento e, praticamente, imploravam que não os deixasse passar por isso novamente.

Dependendo do estado do paciente, os banhos podiam ser realizados na cama ou no chuveiro. Se o paciente tivesse grande parte do corpo queimada, estivesse respirando com a ajuda de aparelhos ou com sobrepeso ou bastante inchados - devido à queimadura, por um bom tempo (semanas talvez) o banho seria realizado no leito. Para estes pacientes, banho no chuveiro era quase impossível de acontecer.

Já os que conseguiam andar, o banho era realizado no banheiro. Alguns ajudavam, inclusive. Na maior parte das vezes, aqueles com uma área pequena atingida pela queimadura, conseguiam ir até o banheiro e tomar banho sozinhos.

Os banhos normalmente consumiam uma boa parte do tempo do plantão diurno da enfermagem que era de seis horas. Geralmente, eram os auxiliares de enfermagem que faziam este trabalho. Eles precisavam estar pelo menos em duplas para conseguir realizar o banho no leito. Como a maioria da equipe era constituída de mulheres, o banho era mais trabalhoso, pois exigia muita força física.

O banho não envolvia apenas lavar e secar o paciente, mas também realizar os curativos nas áreas queimadas que o médico havia pedido para cobrir. A quantidade de material usado para a realização do curativo era grande. Levava em

torno de duas horas o banho de um paciente “grande queimado” (classificação descrita no Capítulo 1).

Eu procurava estar sempre por perto para observar e, ao mesmo tempo aprender, como a equipe trabalhava. Assim saberia o que e como falar com os pacientes e também com seus familiares. Entrava no quarto, ficava observando a equipe e o estado da queimadura e, caso a equipe pedisse, ajudava a abrir as ataduras e pomadas. Aproveitava para questionar sobre os procedimentos e, dessa forma, aprender mais.

Muitas vezes presenciei a seguinte cena ao entrar num quarto no momento do banho: duas ou três auxiliares de enfermagem com um avental próprio, touca na cabeça e máscara no rosto. Ao lado da cama do paciente havia uma mesa com rodinhas e sobre ela, havia bacias para colocar a água, sabonete líquido especial - usado para estes banhos, compressas limpas – para esfregar e enxugar o paciente, e o material para curativo – pomada, ataduras, algodões e gazes. A medicação começava a ser feita no início do banho e, ao longo do procedimento, as auxiliares iam administrando mais, conforme a dor do paciente, demonstrada pelo choro e por suas queixas.

Inúmeras vezes cheguei para trabalhar e, ao perguntar sobre como tinha sido o dia anterior, o paciente reclamava muito, pedindo que eu falasse à enfermeira para administrar mais medicamentos. Muitos pacientes comentavam sobre uma das medicações que os fazia ter alucinação, uma sensação de tontura, confusão, “viam coisas”, ou seja, sentiam-se mal com ela. Outros, porém, gostavam desta sensação e queriam sempre receber essa medicação.

Antes da realização dos banhos, os pacientes geralmente estavam com um **odor** muito forte e desagradável, já que os curativos estavam há quase 24 horas fechados. Estes quase sempre estavam se soltando e os lençóis das camas ficavam manchados do líquido que vazava da queimadura. Esse cheiro piorava bastante quando os curativos ficavam sem abrir por alguns dias, depois de uma cirurgia. Os próprios pacientes sentiam e se incomodavam com o cheiro; quando tinham queimado o rosto, o cheiro forte ficava ainda mais evidente para eles.

Um dos elementos marcantes para quem trabalha numa ala como aquela é habituar-se ao forte odor que exala dos ferimentos e que é característico do paciente

queimado. Ao entrar na ala toda manhã, a primeira sensação era o cheiro forte e desagradável. Alguns pacientes exalavam mais que outros.

O cheiro, principalmente naqueles que estavam com seus curativos fechados há alguns dias ou estavam com infecção, era, realmente, muito desagradável, quase insuportável, a ponto de não se conseguir ficar dentro do quarto por muito tempo. No entanto, na maior parte das vezes acabávamos nos acostumando e convivendo bem com aquele cheiro.

À medida que o paciente ia se recuperando, conseguia tomar banho de chuveiro e podia lavar-se sem a ajuda da equipe de enfermagem. Nesta fase, queria tirar os curativos no seu tempo, do seu jeito. Começava devagar, pelas pontas que estavam saindo. Arriscava um pouco mais e às vezes parava. Molhava a área ou ficava o tempo todo com o chuveiro molhando a área queimada, para que o curativo se soltasse mais facilmente. Ficávamos algumas vezes na porta do banheiro, incentivando, dando dicas para que conseguisse tirar sem que doesse.

Esses banhos duravam um bom tempo, já que o paciente fazia do seu jeito. Se ele conseguisse tomar banho sem medicação nenhuma, era sinal de que a queimadura estava melhorando e a alta próxima. Mas quando não conseguia, recebia a medicação e tentava novamente no outro dia. Isso lhe trazia grande frustração, mas por outro lado a segurança de estar no hospital.

Muito pacientes ficavam ansiosos pelo próximo horário de banho, não querendo que ele acontecesse; baseavam-se na dor que haviam sentido anteriormente e não queriam passar por isso novamente.

Os exercícios de **fisioterapia** eram procedimentos realizados todos os dias também. Era muito importante que o paciente os fizesse para começar o processo de reabilitação. Contudo, percebia-se que era bastante dolorido, pois os fisioterapeutas estimulavam as áreas queimadas para que a pessoa conseguisse manter a articulação depois de cicatrizada.

Eu e o fisioterapeuta trabalhávamos juntos, pois muitas vezes o paciente não queria fazer os exercícios, então o fisioterapeuta me procurava, solicitando que conversasse com ele e o fizesse aceitar o procedimento, dada a necessidade e importância de esforçar-se para executar alguns movimentos.

Percebia a tendência das pessoas internadas em ficar cada vez mais na cama. Não queriam se levantar, não andavam, ficavam muito tempo deitadas. Isso

pode ser explicado como uma tentativa para evitar movimentar o corpo e provocar a dor que estava “silenciosa”.

Eu vibrava muito quando um paciente há muito tempo na cama se levantava para caminhar no corredor da unidade. Embora caminhasse pouco, era o suficiente para se sentir muito cansado, pois tinha ficado cerca de quinze dias deitado. Ajudava também o fisioterapeuta, quando necessário, a segurar na mão do paciente para dar apoio ao caminhar.

Tive contato com crianças, homens e mulheres, de diferentes faixas etárias, provenientes de diversas regiões do país, que professavam religiões variadas e provinham de faixas socioeconômicas díspares. Nossos encontros proporcionaram muita aprendizagem:

Os **bebês e crianças** talvez sejam os que mais mobilizam a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem. Como uma criança tão indefesa poderia estar ali, machucada daquela forma? Como alguém pudera deixar isso acontecer com um bebê?

Quando eu chegava para trabalhar numa segunda-feira, por exemplo, e algum bebê tinha sido internado no final de semana as auxiliares de enfermagem e enfermeira logo vinham me contar quando e como tinha acontecido a queimadura. Muitas vezes desconfiavam da mãe, ou do cuidador – mas quase sempre era a mãe que acompanhava. Diziam o quanto a pessoa havia sido negligente ao “deixar” que a criança se queimasse com café – quando subia numa cadeira e batia a mão na caneca fervendo; ou quando colocavam água quente na banheira primeiro e, ao se virar para pegar a fria, a criança colocava as mãos na água e se queimava, muitas vezes com a banheira virando-se sobre ela.

Lembro-me de também ter ficado revoltada ao escutar uma história como esta e me perguntava o motivo de alguém colocar primeiro a água quente na banheira com a criança ao lado. Nessas ocasiões cheguei até mesmo a orientar o acompanhante, mas não sei se realmente estava orientando ou no fundo querendo “dar uma bronca”.

Situações como estas traziam à equipe a sensação de descuido, negligência por parte da mãe ou de quem cuidava da criança. Parecia à equipe que este comportamento manifestava-se também durante o período de internação no hospital, enquanto ficavam como acompanhantes.

As reclamações eram as mais diversas, tais como: a mãe mais atrapalha do que ajuda, não olha direito para o filho e “deixa” que saia do braço o acesso para entrada de medicação (elas tinham que permanecer acordadas 24 horas, na visão dos profissionais; isto me parecia realmente muito cruel!). Também reclamavam que elas não ajudavam a segurar o filho, enquanto a enfermeira colhia um exame de sangue ou puncionava uma veia; não davam o remédio que a enfermagem deixava ao lado da cama solicitando que a mãe administrasse.

Por outro lado, muitas mães ou avós mostravam-se insatisfeitas com alguns membros da equipe que não tinham paciência com elas nem com as crianças. Com estas acompanhantes - que praticamente se internavam junto com seus filhos - e com a equipe, procurei sempre atuar de forma a estabelecer uma boa relação, tentando me colocar no lugar delas e olhar para a situação sem pré-julgamentos.

Muitas vezes tinha realmente acontecido um acidente. Tentava explicar aos membros da equipe a impressão equivocada que tinham sobre a “falta de cuidado” da mãe para com a criança; pois muitas tinham outros filhos e estavam preocupadas com eles; outras não conseguiam dormir, pois a criança internada não dormia na cama ou no berço, mas em seu colo e, como não havia muito espaço ou conforto ali – apenas uma poltrona sem encosto, apenas um deixar-se levar pelo cansaço, cochilavam – momento em que a criança mexia nos curativos ou no acesso para medicações.

Percebíamos o medo das crianças quando nos aproximávamos com nosso uniforme do hospital, o jaleco branco. Muitas vezes, tive que tirá-lo para conseguir me aproximar e criar um vínculo com elas. Para que isso pudesse acontecer, elas teriam que reconhecer quem eu era, que não as faria sentir dor porque não iria dar-lhes remédios, colher sangue ou mexer nos curativos. Eu era a pessoa que iria “brincar” com elas, levar algum tipo de jogo, desenho para colorir ou filme para assistir. Com a equipe de enfermagem, o vínculo também era criado, no entanto demorava um pouco mais para as crianças confiarem nas auxiliares e perceberem que ninguém lhes faria mal. Observar a evolução delas na UTQ era muito interessante.

As mães, por sua vez, ficavam muito preocupadas, porque no início as crianças choravam por todos os motivos, não queriam comer ou tomar o leite. Quando começavam a se alimentar, era um sinal de melhora.

As crianças tinham medo das pessoas que entravam no quarto; queixavam-se de dor ou apenas choravam. Incomodavam-se com o acesso para medicações que ficava em seu braço, envolvido por uma tala para melhor proteção, porém, atrapalhando os movimentos. Percebia-se a irritação por ficar o tempo todo na cama, sem espaço para correr ou brincar. O contato com a equipe era mínimo nos primeiros dias de internação.

Com o passar dos dias, esses contratempos iam diminuindo, as crianças iam ficando mais à vontade, brincando conosco e, principalmente, a comunicação delas ia aumentando. Estes sinais também indicavam que ela estava melhorando.

A experiência vivida com **adolescentes, adultos e idosos** foi um pouco diferente. Deste grupo, os únicos que podiam ter acompanhantes eram os idosos, mas não tínhamos muitos internados na UTQ. Quando apareciam, normalmente era uma queimadura causada por acidente doméstico. O maior número de pacientes internados era de adultos, por motivos o mais diversos: acidentes domésticos, de trabalho, vítimas de tentativas de homicídio ou de suicídio.

Os pacientes internados na Unidade de Queimados em função de **tentativas de suicídio** eram pacientes especialmente abalados emocionalmente e que pediam muito a minha ajuda. A própria equipe, assim que eu chegava, me encaminhava o paciente e contava a sua história. Percebia o quanto a equipe tinha dificuldade em compreender a pessoa que tentara suicídio ateando fogo em si mesma.

Confesso que muitas vezes eu pensava: se esta pessoa soubesse o quanto iria sofrer não teria feito isso! Claro que seu sofrimento psíquico deveria estar intenso para chegar a tal ato, porém parecia que nada seria tão sofrido quanto não morrer e passar por uma internação nesta unidade. Pensando bem, não morrer na hora da tentativa, pois muitas delas morreriam depois no hospital. E quantas vezes não escutei dos membros da equipe: tentou até que conseguiu!

A tentativa de suicídio é vista no hospital como um ato de fraqueza da pessoa, responsável pelo sofrimento de outras pessoas, em especial os familiares. Além disso, a experiência de conviver diariamente com o sofrimento de pessoas que se queimaram involuntariamente e tentam se recuperar na UTQ parece causar revolta em relação a quem se queima intencionalmente. Deduz-se que ela não precisaria estar ali e que o sofrimento físico, relacionado à ausência da pele -

camada protetora do homem, é muito maior que o sofrimento emocional que a levou a tentar o suicídio.

Mas, será mesmo assim? Quando alguém joga álcool e atea fogo em seu próprio corpo tem ideia do que irá passar caso não morra? Será que cogita a possibilidade de não morrer? Uma das situações que tive oportunidade de acompanhar pode esclarecer um pouco essas dúvidas.

Certa vez deu entrada uma paciente que ateara fogo em si mesma. Falava pouco, não recebia visitas. Foi se soltando devagar, com a ajuda de uma colega de quarto bastante comunicativa. Com o passar dos dias e dos muitos encontros entre nós, ela contou um pouco mais sobre como e por que tinha feito aquilo: tivera problemas familiares e um grande sentimento de solidão por estar longe de quem mais amava. Por este motivo tentara o suicídio. Embora ela não tivesse chegado em estado grave, passou por complicações durante o período de internação. Precisou respirar com a ajuda de aparelhos e em poucos dias acabou falecendo.

A morte desta paciente deixou a equipe bastante triste, pois a evolução do quadro foi rápida culminando no óbito. Pareceu-me que poderia ter resolvido de outra maneira seus problemas, se pudesse ter refletido um pouco mais. Quando estava internada contou sobre o arrependimento do que fizera e tinha esperança de se recuperar. Eu também tinha. Não achava que seu caso iria se complicar a ponto de não resistir.

A sensação que me ficou é de que o sofrimento de ter provocado a queimadura, as complicações de uma cirurgia, a falta de ar que sentiu como consequência disso foram muito mais significativas do que o motivo que a levou a cometer tal ato. Nos dias que antecederam à intubação falava sobre querer melhorar, o quanto acreditava nisso, pois queria voltar a ver os filhos, falar com eles. A evolução entre a intubação e o óbito foi rápida.

Este fato chocou bastante a equipe, pois no fundo não acreditávamos que isso viria a acontecer. De qualquer forma, a fase de internação parece ter sido significativa para que recuperasse a vontade de viver e de lutar pela vida. Fez planos de rever os filhos, embora, infelizmente, nada disto tivesse podido se concretizar.

Além das tentativas de suicídio, convivi com relatos de pacientes que haviam sido vítimas de **tentativas de homicídio**. Pensava em como alguém poderia ser

capaz de algo tão cruel e a ideia me causava revolta. Mas aprendi com alguns destes pacientes sobre outros sentimentos:

Lembro-me em especial de uma paciente que ficou bastante tempo internada na unidade. No início se queixava pouco, dormia bastante, mas estava com uma grande parte do corpo queimada. Havia sido vítima de tentativa de homicídio. Há tempos era vítima de agressão por parte do companheiro, mas nunca tinha tomado uma atitude mais drástica como chamar a polícia, a não ser no dia em que foi queimada. Foi então levada ao hospital.

Levou algum um tempo para que esta paciente conseguisse me falar sobre o que a estava angustiando: tinha medo. Sentia-se também triste por estar longe da família, que não conseguia visitá-la com frequência. Parece que tinha sentimentos ambíguos, tinha pena, mas ficava apavorada também. Culpava-se por sentir piedade, em função de valores morais; achava que as pessoas a repreenderiam se soubessem que estava pensando dessa forma sobre a pessoa que a tinha machucado tão seriamente.

Além das lembranças, a internação foi um período muito difícil para ela. Tornou-se uma paciente resistente às medicações, poliqueixosa, com baixa adesão ao tratamento. Não tinha vontade de comer, não conseguia levantar da cama para tomar banho, o qual era realizado no leito. Chorava muito, sua dor nunca acabava. Recebia poucas visitas também. Notava-se o quanto a paciente se sentia melhor quando a família chegava, conseguia comer bem, conversava; quando ela ia embora, a expressão de dor, as queixas retornavam.

Até mesmo no dia da alta hospitalar queixou-se. Não queria ir embora. Tinha medo de sentir dor em casa e não ter o que fazer. Pensei que ela morreria no hospital. Teve infecção hospitalar, muito comum nos pacientes que sofrem queimaduras. Muitos inclusive morrem por isso. Mas esta paciente passou por todas essas dificuldades e conseguiu ir para casa. Foi para não voltar mais, apenas nos retornos ao ambulatório. A primeira vez que fui visitá-la no ambulatório parecia outra pessoa: mais animada, sem fazer reclamações, tentando se ajudar. Fiquei realmente muito impressionada e feliz com sua mudança. Percebi naquela hora o quanto ir para casa e contar com a ajuda da família é importante para a recuperação. Acho que já sabia disso, mas quando vi as mudanças desta paciente pude confirmar tal fato.

Uma das causas mais comuns responsáveis pela internação na unidade de queimados eram os **acidentes de trabalho**. E eles ocorriam de diversas maneiras: com produtos químicos, fogo, corrente elétrica, líquido fervente e outros.

Lembro-me como se fosse hoje quando um desses pacientes chegou ao hospital. Havia sofrido um grave acidente de trabalho e teve grande parte do corpo queimada. Expliquei à família como seriam os primeiros dias ali, falei sobre as visitas e coloquei-me à disposição. Este paciente ficou vários meses internado, teve uma infecção e acabou falecendo.

Foi uma das pessoas que mais me tocou pessoal e profissionalmente pessoalmente no contexto da UTQ. O sofrimento demonstrado por ele era intenso. Permanecia na mesma posição na cama todos os dias. Recebia a visita de familiares diariamente, e em certo momento do tratamento dizia que já não tinha mais forças. Não tinha problemas com a alimentação, mas em outros aspectos tinha dificuldade em se ajudar. Sua demanda por medicação era enorme, e estes pareciam não mais fazer efeito em seu organismo.

Quando a fisioterapeuta ou a equipe de enfermagem conseguiam colocá-lo sentado, não aguentava ficar uma hora, logo pedia para voltar à cama. Um paciente como este, poliqueixoso, demandava muito atenção.

Ao chegarmos ao seu lado, segurava nossas mãos como se pedisse ajuda. Falou diversas vezes sobre o acidente, pedia que eu fosse atendê-lo em casa quando tivesse alta hospitalar. Tinha muito medo de voltar ao trabalho. Apesar de trabalhar há muitos anos na empresa, não queria retornar. Preocupava-se muito com isso, parecia inclusive não conseguir dormir pensando no assunto.

O contato com seus familiares também foi intenso. Recebia-os diariamente. Como estavam bastante familiarizados com a rotina e os procedimentos, diversas vezes disse-lhes que preocupava o fato dele não ter forças para se ajudar e pedia-lhes para ajudar a reforçar essa importância com ele.

Infelizmente, este paciente acabou falecendo por infecção, após um longo tempo de internação. Foi muito difícil para a família e para também a equipe perder esse paciente. Não imaginávamos no início que isso aconteceria, pois, mesmo tendo passado por muitas dificuldades da internação, não precisou respirar com a ajuda de aparelhos, usou sonda para se alimentar por pouco tempo e comia bem; no entanto, outros fatores dificultaram e até impediram sua recuperação.

Não sei se poderia afirmar que tenha sido sua dificuldade em se ajudar que o levou a óbito. A hospitalização neste caso foi muito difícil para ele e para a equipe. A lembrança do acidente não o deixava livre. Vi muito sofrimento neste paciente. Sua feição de dor era constante; tinha muitas partes do corpo queimadas. Mesmo após algumas delas estarem cicatrizadas, as queixas continuavam. Sua voz arrastada, tremida, mostrava seu cansaço, e a dificuldade que estava sentindo para se recuperar. Ele piorou muito e precisou ser intubado em sua última semana no hospital.

Sinto que ele realmente sofreu com as queimaduras e não encontrou meios para combatê-las. Não teve forças para superar tantas dores. Elas venceram o amor por sua família, que tinha uma forma especial de estar conosco, que se aproximava sempre com um sorriso no rosto, otimista. Eles sofreram muito com sua partida.

Ficamos muito mobilizados com a perda. De certa forma parecia que o conhecíamos há muito tempo. Senti-me impotente diante das pessoas que precisavam de mim e daquele lugar, como se não fôssemos mais capazes de cuidar de alguém após este episódio.

Realmente, saber da morte deste paciente foi muito difícil. Talvez tenha sido o primeiro paciente que me fez chorar ao chegar em casa.

Questões envolvendo **valores religiosos** também são marcantes na unidade de queimados:

Lembro-me de uma adolescente que, ao ser internada, teve como acompanhante durante todo o período de internação a mãe. Ao longo da internação, teve que ser submetida a algumas cirurgias de desbridamento e enxerto de pele. Como a família pertencia a uma religião que condenava a transfusão de sangue, isto se constituiu em um grande problema para equipe, pois havia a necessidade de reservar uma ou duas bolsas de sangue para uma possível transfusão antes, durante ou após os procedimentos. Isso porque durante as cirurgias, na maioria das vezes, ocorre grande sangramento e, dependendo de como estão os exames do paciente, é preciso realizar a transfusão. Antes da cirurgia tudo isso foi explicado à mãe, a qual proibiu terminantemente a realização da transfusão. Ficou muito nervosa. Chamou-me para conversar e também ao médico.

Toda a equipe ficou revoltada, alguns chegavam a dizer coisas talvez impensadas como: “a mãe quer que a filha morra”. Havia nessa hora discussões entre a própria equipe.

Os médicos, que assumem maior responsabilidade sobre tomadas de decisão acerca do tratamento mais adequado a cada paciente, solicitaram uma liminar judicial para poderem realizar o procedimento, caso fosse necessário.

Acredito que não pensavam nas crenças ou na fé da família, mas sim na saúde da paciente. Preocupavam-se em preservar a vida dela e em proteger-se no caso de alguma futura condenação judicial a partir de denúncia da família. Acima de tudo, estavam convictos do dever de preservar o juramento que haviam feito ao se tornarem médicos.

Sempre considerei esta uma das situações mais difíceis a ser enfrentada pela equipe na unidade de queimados. De minha parte, tentava ser imparcial, mas ambos os lados – equipe e família – me procuravam para desabafar.

Neste caso, a própria paciente, apesar de não poder responder por si, entendia toda a situação, e, angustiada, chegou a confessar que se dependesse dela, autorizaria a transfusão de sangue. Foi muito angustiante testemunhar o desespero de ambas, mãe e filha.

A mãe desejava muito que a vida da filha fosse salva, porém sem ferir os valores religiosos que professava. Estava claro para mim que a mãe não queria que a filha morresse, apenas queria que fossem usados outros recursos, salvo a transfusão de sangue.

Houve outra criança que tendo sido internada muito queimada, em estado grave, obtive a autorização da mãe para que fosse feita a transfusão de sangue, contrariando a orientação da religião que professava.

Neste caso, lembro-me de como a equipe enalteceu a decisão da mãe, discorrendo sobre o quanto ela era boa e cooperava com todos. Para os profissionais daquele setor, eram considerados bons e dignos de respeito aqueles que faziam tudo como eles indicavam, sem questionar, quer fossem pacientes ou familiares.

Conhecendo a dura rotina que enfrentavam no cuidado aos pacientes queimados, eu não conseguia condená-los por isso, embora também compreendesse o lado dos pacientes e dos acompanhantes.

As **famílias** dos pacientes se constituem em outro grupo importante no dia a dia de uma unidade de queimados. No primeiro momento da internação do paciente, eu logo me aproximava dos familiares para acolhê-los e, se possível, aliviar sua angústia. Normalmente perguntava qual o grau de parentesco com o paciente, de onde vinham, como tinha acontecido a queimadura.

No início geralmente mostravam-se ansiosos e preocupados, amedrontados e com muitas dúvidas. Então, esclarecia-os sobre como funcionava a internação e sobre as normas do hospital; para aqueles que se dispunham a permanecer como acompanhantes (de crianças ou idosos), explicava as regras. Para os demais, que viriam apenas para visitas, tentava acalmá-los, descrevendo rapidamente o processo: o paciente ficaria internado por alguns dias até que a equipe médica chegasse a um diagnóstico sobre a necessidade de cirurgias e aí sim seria possível prever o tempo esperado de internação. Levavam algum tempo para compreender a rotina e o linguajar técnico, não queriam deixar seu familiar ali sozinho. A tristeza era ainda maior por isso.

Informava que as internações duravam no mínimo sete dias, mas que em alguns casos poderiam levar até meses. Falava sobre os banhos, que eram feitos sob efeito de medicação, e como os pacientes acabavam dormindo depois. Por isso, se alguém fosse visitar seu parente hospitalizado logo após o banho, talvez o paciente não conseguisse conversar com ele ou não se lembrasse que havia recebido visita. Isso acontecia mesmo estando com os olhos abertos e até conversando. A medicação para o banho tinha este efeito: parecer estar acordado e não se lembrar depois. Nestas situações, as famílias costumavam pedir que eu avisasse ao paciente quem tinha ido visitá-lo naquele dia.

Sempre que possível, eu acompanhava o médico durante seu boletim para as famílias – momento em que ele relatava sobre o estado de saúde do paciente. Achava importante saber como e o que eles falavam, para que eu pudesse tirar alguma dúvida que porventura o paciente ou seu familiar tivesse, ou até mesmo perceber caso não tivessem entendido a explicação e pedir ao médico que repetisse.

Costumava explicar de maneira simples como eram feitas as cirurgias, o processo de desbridamento e enxerto, até que eles se acostumassem e aprendessem sobre estes procedimentos. Pareciam se acalmar ao ouvir minha

explicação. Aproveitava também a presença da família para pedir colaboração junto ao paciente em relação a atitudes que ajudariam na sua recuperação, pois, muitos não tinham vontade de comer, não tentavam andar quando já podiam, não queriam levantar da cama. A dor referida era sempre muito grande, segundo os pacientes, e isso dificultava que realizassem essas ações que por sua vez eram extremamente importantes para a recuperação.

Os familiares, durante o tempo que podiam permanecer com o paciente, falavam sobre suas vidas fora do hospital, como estavam os filhos, tentavam de alguma forma acalmar o paciente, tranquilizando-o quanto a aspectos financeiros e do trabalho. Davam novo ânimo ao contar que estavam hospedados na cidade, especialmente para os pacientes que moravam longe. Mesmo que não pudessem permanecer como acompanhantes, o fato de estarem na mesma cidade, trazia alívio para si mesmos e para o paciente.

Diversas vezes ligavam para ter notícias e, apesar de não ser possível passar informações pelo telefone, contávamos ao paciente que seu familiar havia ligado, e isso também o tranquilizava, pois percebia que mesmo distante, a família estava preocupada e lembrando-se dele.

A proximidade com as famílias de pacientes que permaneciam internados por um tempo maior era grande, eles sempre recorriam a mim para perguntar ou pedir alguma coisa. Tentava permanecer próxima e disponível a eles para que tivessem alguém com quem contar, apesar dos outros membros da equipe também estarem por perto, já que a unidade era relativamente pequena.

Tínhamos uma equipe de voluntários que organizava as visitas, indicando quem entraria e quanto tempo poderia permanecer com o paciente. A visita durava ao todo meia hora e era permitida entrada de, no máximo, duas pessoas por dia, que dividiam este tempo. Quando alguma família vinha de longe e poucas vezes por semana, deixávamos ficar mais tempo com o familiar internado.

Percebia que os membros da família, ao me ver, sentiam-se aliviados, querendo se adiantar em relação às notícias relativas aos seus parentes. Quando era preciso, eu espontaneamente ligava para um deles, solicitando que trouxesse produtos de higiene pessoal, ou algum alimento que o paciente quisesse, desde que com a autorização da nutricionista.

Percebíamos o quanto a família poderia ajudar, mas também o quanto poderia “atrapalhar”. Não sei se poderia usar esta palavra, mas muitas vezes quando um familiar chegava (esposa, pai, mãe, irmão) os pacientes se tornavam mais solicitantes, queixosos e de certa forma “manhosos”. Talvez por sentirem-se mais seguros com pessoas conhecidas e com quem tinham mais liberdade para se expressar.

A equipe muitas vezes precisava ser dura com o paciente, não deixando que ele fizesse só o que desejava, mas sim o que era necessário à sua recuperação. O paciente muitas vezes confiava que algum parente pudesse exercer certa ascendência sobre os membros da equipe convencendo-os a levar mais em conta suas reclamações.

Com as crianças isso era bastante perceptível. Ao ficarem sem a presença da mãe, quando esta tinha que retornar ao lar para descansar, cuidar de outros filhos ou desempenhar algum afazer, tornavam-se mais propensas a fazer outros vínculos comigo ou com outros membros da equipe, passavam bem o dia, distraíam-se assistindo televisão, filmes, desenhando e colorindo, além de outros tipos de brincadeira. Assim que as mães chegavam, elas começavam a chorar, não queriam mais fazer o que pedíamos e as mães ficavam bastante nervosas, sentindo-se culpadas e nos chamando com frequência.

Outro tema importante para os pacientes numa ala de queimados é a aparência física e o **conceito de beleza**.

Nosso referencial de beleza era completamente diferente do habitual naquele contexto. Quando falávamos “está bonito”, “está muito melhor”, para os pacientes, se pudessem visualizar o ferimento, certamente desconsiderariam o que falávamos e achariam horroroso. O aspecto da queimadura do paciente, quando chega ao hospital e quando está próximo de ir embora muda bastante.

No início nós da equipe sabíamos o quanto estava “feio” - esta característica significa a gravidade da queimadura. Quanto mais grave, quanto mais profunda (primeiro, segundo ou terceiro grau) mais “feia” ela era. A pele ficava branca ou amarelada, e nesta área sabíamos que seria preciso realizar o desbridamento. Quanto maior o desbridamento, maior a dor que paciente sentiria. Essa pele branca estava “morta”, e, portanto, não havia dor. Era dura, inelástica. A impressão para o

paciente é que estava bem, já que não sentia dores; mas neste caso era o contrário, quanto menos dor sentisse, mais grave era a queimadura.

À medida que o paciente ia se recuperando, passando pelos processos de curativos, cirurgias e banhos, a queimadura ia melhorando, e passava a ficar bonita ao nosso olhar. Naqueles momentos em que nos surpreendíamos com a evolução, muitas vezes exclamávamos: “como está melhorando, está ficando bonita!”. Eu me dava conta de que a beleza a que nos referíamos tinha um significado muito específico. De certa forma isso significava o quanto estávamos animados e confiantes com a recuperação.

Em alguns momentos, quando conseguia visualizar o machucado, o paciente até se assustava pensando se era daquele jeito que iria ficar aquela parte do seu corpo: vermelha ou rosada, com cascas, manchada, mais escura e grossa onde tinha sido feito um enxerto de pele. Era necessário explicar-lhe sobre a evolução da aparência da pele ao longo do processo de recuperação, contando-lhes brevemente que o aspecto da pele mudaria muito com o passar do tempo e que poderia voltar à cor natural. Talvez a textura da pele continuasse diferente, mas a cor voltaria “ao normal”. Este ponto trazia dúvidas em relação à autoimagem. Parecia não acreditar e a ansiedade continuava.

Quando a queimadura afetava o rosto, a angústia a este respeito era maior. Percebia-se o medo que sentiam de ficar com marcas por toda a vida. Questionavam sobre a malha que teriam que usar futuramente. Eles ouviam falar sobre ela em algum momento da internação por meio da própria equipe; logo, demonstrando ansiedade antecipatória, queriam saber como funcionava. Explicávamos que a malha é um tecido que comprime o local queimado, para evitar o aparecimento de queloides e proteger contra o sol.

Não havia espelhos na unidade. Desde quando cheguei para trabalhar ali, era assim que a equipe preferia. Não mostrar ao paciente como estava, já que mudaria muito o aspecto da área queimada e ele poderia ficar deprimido se pudesse visualizar os machucados nas piores fases. No entanto, a ansiedade dos pacientes era grande e eles davam um jeito de olhar seu reflexo no vidro da porta ou nos azulejos do banheiro. Ao me questionarem sobre isso, eu lhes explicava que muitas mudanças ainda ocorreriam, especialmente no rosto. No início pareciam duvidar, mas com o passar dos dias e com a melhora da movimentação do rosto, abertura da

boca, facilidade de comer e com as cascas que demonstravam a cicatrização, passavam a acreditar no que eu dizia.

A expectativa em relação ao futuro, como ficarão, se precisarão se esconder das pessoas, se sofrerão rejeição social são questões que acarretam muita angústia ao paciente queimado.

A **morte** de um paciente nunca era natural para mim nem para nenhum outro membro da equipe, embora sempre ocorresse. Sabíamos, é claro, quando um paciente tinha mais risco de morrer do que outros. Os chamados “grandes queimados”, (porém, normalmente acima de 60% da superfície corporal queimada) tinham um grande risco de óbito. As repercussões de uma grande queimadura são avassaladoras e o organismo muitas vezes não consegue suportar as alterações.

O impacto maior era quando o paciente conseguia lutar e resistir por mais tempo. Neste período convivíamos, conversávamos; eu, particularmente, criava um vínculo significativo com ele. Passava a conhecer sua história de vida e os motivos do acidente que havia provocado a queimadura.

Conviver com essas pessoas desde o início da internação, acompanhar as limitações e o esgotamento das suas forças era muito difícil. No fundo sempre achávamos que o paciente conseguiria sobreviver e que ainda haveria algo a ser feito para preservar sua vida. Infelizmente, muitas vezes isso não acontecia.

Nos casos mais graves, o sofrimento dos familiares era maior, pois tinham plena ciência da situação, enquanto o paciente estava sedado, respirando com a ajuda de aparelhos. Quando o desfecho indesejado ocorria, todos nos sentíamos derrotados, como se tivéssemos perdido uma dura batalha.

Finda a internação, ainda era possível acompanhar a recuperação dos pacientes por meio do ambulatório de queimados localizado no próprio hospital. Lá passam pacientes que sofreram tanto queimaduras menores quanto os que já estiveram internados e continuam fazendo acompanhamento com o cirurgião plástico.

Todos os pacientes que ficaram internados nesta unidade continuam em acompanhamento após a alta hospitalar, fazendo inclusive os curativos no ambulatório e, caso seja observado que a queimadura piorou, o paciente pode ser reinternado.

Pacientes que chegam ao pronto-socorro do hospital ou vêm encaminhados de outra cidade também passam por este ambulatório para receber a avaliação médica e realizar os curativos. Neste caso, são pessoas cuja queimadura não necessita de cirurgia, apenas troca de curativos; no entanto, pode acontecer que, com o passar do tempo indo ao ambulatório a queimadura não melhorar, o médico acabe solicitando a internação. Esses casos são acompanhados por uma auxiliar de enfermagem que realiza a troca de curativos e pelo cirurgião plástico de plantão, o mesmo da unidade de internação.

Algumas vezes eu e outras pessoas da equipe íamos ao ambulatório rever pacientes que estiveram internados. Acompanhávamos a evolução deles e muitos voltavam à unidade também para rever a equipe. Nessas horas conseguíamos saber um pouco mais como estavam aqueles que permaneceram tanto tempo conosco.

Muitos deles apresentavam sequelas da queimadura, como não conseguir deixar o braço esticado se havia se queimado entre o braço e antebraço (região do cotovelo). Pacientes com queimadura neste local, muito delicado por sinal, deixavam o braço dobrado durante toda a internação, alegando dor e incapacidade para esticar, mesmo com todos os membros da equipe incentivando-o a esticar para não ficar com sequelas. Quando nos deparávamos com pessoas com sequelas, ficávamos bastante tristes, pois sabíamos das dificuldades que esta pessoa encontraria, tendo ainda que passar por cirurgias corretivas na tentativa de melhora, mas sem garantia dela.

A partir destes encontros com antigos pacientes conseguíamos dar aos internados uma ideia sobre o futuro. Quando incentivávamos, até mesmo “pegando no pé” para tomar determinada atitude, era pensando nisso. Sabíamos que as consequências poderiam ser muito difíceis e quanto mais o paciente se ajudasse, menos sofreria futuramente. Contudo, a dor era tão intensa que esses “conselhos” eram deixados de lado, como se não falássemos nada, pois muitas coisas eles não conseguiam fazer.

Como era difícil ver algumas situações e não poder fazer nada além de ouvir, de estar ao seu lado, de proferir palavras que considerávamos acolhedoras.

Com aqueles que haviam se queimado na região do pescoço, insistíamos para que deixassem o pescoço esticado, dormissem sem travesseiro. Mas, como deixar esticado era muito mais doloroso que encolher, era assim que a maioria

ficava, com o pescoço dobrado, encolhido. Era nesta posição que ocorria a cicatrização, e, depois de totalmente cicatrizado, não era mais possível levantar a cabeça ou deitá-la. Este era um dos motivos que poderia fazer a pessoa retornar ao hospital para mais uma cirurgia, só que desta vez de reparação, pois a amplitude de movimento diminuía bastante.

Muitas situações vividas pelos pacientes da unidade de queimados poderiam trazer-lhes dor. Lembro-me de suas dores ao ficarem literalmente grudados às camas do hospital em função do próprio líquido que escorre das queimaduras ou das pomadas, isto ocorria especialmente com os pacientes cujas costas tinham sido queimadas.

Um último aspecto que me parece importante trazer à tona, refere-se a como os pacientes se lembram do acidente que os vitimou. Meus encontros com as pessoas internadas faziam, com o passar do tempo, que elas fossem se lembrando e externalizando suas impressões e sentimentos. A cada lembrança, novos detalhes vinham à cabeça.

Parecia que se esforçavam muito para aceitar o que lhes havia acontecido; pois inconformados, debatiam-se com a questão do porquê aquilo acontecera com eles, por que tinham estado naquele lugar, naquela hora. Essas impressões aconteciam com a maioria dos pacientes adultos que sofriam acidentes e com os pais das crianças; em relação aos pacientes que haviam tentado o suicídio isso também ocorria, mas neste caso, tentando encontrar motivos para se justificar. No caso de terem sido vítimas de tentativas de homicídio, ficavam conjecturando sobre o motivo que levara alguém que lhes era próximo a cometer tamanha crueldade e se tinham alguma culpa em relação a isto.

Além de todos os aspectos descritos acima, a **lembrança** do acidente que provocou a queimadura parece ser especialmente importante na experiência dos pacientes internados. Muitos significavam algo do tipo: “leva um minuto para acontecer e muito tempo para se recuperar!”. Eu era obrigada a concordar com eles. Sempre que voltavam a esta lembrança, relacionavam a ela tudo o que estavam passando no hospital: o afastamento em relação à família e ao trabalho; a limitação física, as mudanças (algumas irremediáveis) dali para a frente em suas vidas, desde a perda de emprego até a rejeição por parte de pessoas queridas.

Voltar ao momento da queimadura provocava noites mal dormidas, pesadelos, medo, angústia. Não sabiam se seria assim pelo resto da vida, se um dia parariam de pensar no que aconteceu ou se haveria necessidade de um acompanhamento psicológico após a alta hospitalar.

A lembrança fazia com que recordassem toda a história de suas vidas, as dificuldades, o trabalho duro, a traição, as brigas, o ato impensado e assim por diante. Podia trazer também o luto pela perda de alguém querido, familiar ou colega de trabalho que estava junto no momento do acidente e acabou falecendo devido à grande superfície corporal queimada.

Reflexões acerca das atividades que exerciam anteriormente eram feitas também; alguns sentiam grande medo ante a perspectiva de terem que retornar ao ambiente de trabalho onde acontecera o acidente, ao mesmo tempo sabiam o quanto precisavam do emprego e não estavam certos sobre a possibilidade de mudança na área profissional. Para todos, as imagens e a lembrança daquele dia fatídico eram sempre assustadoras e provocavam grande sofrimento.

A lembrança da queimadura trazia uma reflexão sobre seus limites e capacidades, sobre sua força e fragilidade. Alguns teriam ainda que enfrentar cirurgias de reparação complicadas e desgastantes no futuro. Enfim, perguntavam-se como retomar a vida normal depois de tudo que viveram desde o acidente.

Apesar disso, havia pessoas que enfrentavam tudo tranquilamente; não se queixavam de quase nada, pacientes que pelo tipo de lesão poderiam estar sofrendo muito, mas que se comportavam com coragem, mesmo quando amputações de partes do corpo eram inevitáveis.

Não compreendíamos bem o porquê, mas alguns pacientes eram otimistas e afáveis. O apoio da família parecia fazer grande diferença, principalmente transmitindo confiança no tratamento, na possibilidade de recuperação e mantendo atitudes de carinho e acolhimento.

Alguns pacientes acreditavam que, se mantivessem o otimismo e aceitassem o tratamento sem se queixar, o processo de recuperação seria mais rápido e bem sucedido. Outros, não queriam demonstrar aos familiares o quanto estavam sofrendo para poupá-los. Algumas crianças queriam demonstrar às mães como estavam sendo boas e cooperativas.

Minha experiência na ala de queimados, convivendo com estas corajosas pessoas, pacientes e profissionais, comemorando com elas vitórias e chorando nossas derrotas, teve um desfecho inesperado: a unidade foi fechada depois de mais de dezessete anos de existência no início de 2013. Pouco a pouco, os pacientes pararam de chegar. As ligações com solicitações para vagas continuavam, mas era como se não houvesse mais leitos disponíveis, como se a unidade estivesse passando por uma reforma.

Aos poucos foram correndo os boatos sobre a decisão de fechar a unidade. Um lugar em que tantas pessoas foram salvas, em que o sofrimento fora minimizado pelas medicações administradas, em que cirurgias, realizadas para a recuperação da pele perdida pelo fogo ou pela corrente elétrica, deixariam de existir.

Este lugar tinha sido “a casa” para muitos pacientes, familiares e também para alguns membros da equipe multiprofissional. Muitos pacientes vinham de lugares distantes e permaneciam sem contato direto com a família durante todo o longo período de internação.

O fechamento da unidade significou também o rompimento de vínculos afetivos entre todos os membros da equipe. O amor e o carinho de cada um com por aquele lugar fazia com que lágrimas escorressem pelos olhos de todos. Agradecimentos foram feitos por parte dos superiores à dedicação da equipe, porém, ainda havia esperança de que não fosse realmente o fim.

Tentava-se entender os motivos para o fechamento: talvez uma queda na qualidade do atendimento, percebida pelos funcionários da unidade em função de falta de recursos públicos; no entanto, para todos nós, aquele é o lugar em que muitas pessoas foram devidamente atendidas afim de poderem sobreviver à iminência da morte, recuperando-se e aprendendo sobre o valor da vida.

Todos estes acontecimentos e impressões que aqui relatei e talvez outros dos quais não tenha me lembrado fazem parte da minha experiência como psicóloga numa unidade de queimados. Experiência extremamente marcante e significativa em minha vida. Por meio dela, cresci pessoal e profissionalmente. Infelizmente, fui obrigada, assim como todas as outras pessoas que trabalhavam na unidade, a me “separar” fisicamente de tudo o que vivemos e ainda poderíamos vivenciar lá. Mas, simbolicamente, a partir de nossas lembranças, tudo aquilo continuará vivo.

Penso que muitas pessoas ainda necessitarão dos cuidados de um setor como este. As pessoas continuarão se queimando, infelizmente. Como ficarão os futuros pacientes? Para onde serão levados, já que há poucas unidades de queimados no estado de São Paulo?

Os cuidados precisarão ser oferecidos em outros contextos hospitalares. Talvez as pessoas precisem ir para mais longe ainda de suas casas. Talvez faltem locais para receber esses pacientes. Nós, a equipe, continuaremos no hospital, aguardando. Com a esperança de que a unidade volte a funcionar algum dia e que possamos ajudar muitas outras pessoas que tiverem que passar pela dura experiência de sobreviver a um acidente que lhes provoque queimaduras graves.

3.1 Síntese compreensiva sobre a experiência narrada

A expressão usada por esta pesquisadora para referir-se à gravidade do que acontece com alguém que sofre uma queimadura grave em alguma parte do corpo, ou em várias, como um sofrimento que se estende do corpo à alma dos pacientes, refere-se simbolicamente ao fato de que perder a pele – camada protetora externa do homem que delimita o seu ser como uma pessoa singular em relação a outras – causa extremo sofrimento físico, mas também psicológico.

Com a queimadura, as terminações nervosas são atingidas, causando sensação de dor constante e literalmente a pessoa fica à flor da pele, exposta à ação de micro-organismos capazes de causar diversos tipos de infecções. Refere-se também às alterações subjetivas vividas durante o período de internação. A angústia face ao desconhecido em si mesmo, o tempo de espera por uma definição sobre o tratamento, a sensação de que a hora da alta parece sempre tão remota, as saudades de casa, as reflexões solitárias no leito sobre o sentido de tudo que lhe aconteceu, os medos e as piores fantasias sobre ter seu corpo deformado e não reconhecer-se mais ou ter que antecipar a dor da rejeição das pessoas queridas, além do pavor frente a possibilidade de morrer.

Conclui-se, a partir disso, que um episódio de queimadura grave fere o homem de maneira complexa, alterando seu conhecimento sobre si mesmo e sobre seus relacionamentos; mobiliza suas emoções de maneira intensa e inesperada.

A experiência de ter sido narradora deste tipo de sofrimento não foi tarefa fácil. Em diversos momentos levou-me a reflexões também solitárias sobre significados da experiência de ser psicóloga no contexto de uma unidade de queimados. Por outro lado, foi bastante instigante revisitar memórias e reencontrar impressões vividas com tanta intensidade.

Partilhar do processo de recuperação de alguém, acompanhando de perto todo o processo que permeia a internação, antecipando as dificuldades que terão que ser enfrentadas, compartilhando das atividades da equipe multiprofissional, fizeram com que a experiência como um todo adquirisse significados atuais que ajudaram a imprimir-lhe um sentido próprio.

Falar sobre isso um tempo depois possibilitou reviver muito do que foi percebido e sentido. Buscar na memória os primeiros dias na unidade, os sentimentos envolvidos e a percepção de mudança ao sair. A experiência foi sendo atualizada à medida que narrada.

Percebo-me hoje uma profissional diferente da que chegou ao hospital, cheia de dúvidas e medos. O que poderia fazer por aquelas pessoas? Como ajudar? Termos técnicos foram aprendidos rapidamente e também compreensão acerca do processo pelo qual o paciente passaria. Até já tinha ouvido falar em desbridamento e enxerto, mas presenciar é outra coisa.

Dei-me conta, naquele contexto, do número absurdo de queimaduras que acontecem no dia a dia e que, por não serem divulgadas pelos meios de comunicação, não podem ser evitadas no futuro. Lembrei-me das histórias contadas em família sobre como curar queimaduras: pasta de dente, pó de café, óleo, casca de banana, todas estas e outras substâncias das quais não me lembro eram trazidas como alternativas caseiras que se revelaram extremamente prejudiciais ao compreender melhor o processo da doença.

Podem ser explicitadas quatro dimensões na experiência que vivi, enquanto psicóloga da unidade de queimados: relação com o contexto, com as famílias, com os pacientes internados e como membro da equipe de saúde.

Costumava brincar dizendo que ali estávamos num tipo de “prisão de portas abertas”. Era um local em que os pacientes precisavam permanecer por algum tempo obrigatoriamente. Por outro lado, após alguns dias sentiam-se mais seguros ali e hesitavam ao serem avisados sobre a possibilidade de alta. Paradoxalmente, o

lugar em que se vivia sofrimento intenso era também onde recuperação e esperança residiam.

Acompanhava a rotina de internação dos pacientes com tristeza, ao ouvir tantas histórias lamentáveis que envolviam o acidente, mas conseguia viver também os momentos alegres à medida que alguém ia se recuperando e tinha alta. Os pacientes eram capazes de fazer amizades significativas com outros e com pessoas da equipe. Havia um clima de esperança no ar que aliviava e nos fazia respirar melhor.

A estrutura física da unidade era relativamente pequena, com o posto de enfermagem bem próximo aos quartos, permitindo a comunicação direta com o paciente; inclusive fazendo com que os pacientes pudessem escutar tudo o que era conversado entre os técnicos. Por diversas vezes solicitei à equipe, principalmente da enfermagem, que diminuísse o tom de voz ao comentarem sobre os pacientes no posto de enfermagem ou no corredor, pois eles poderiam ouvir. Nessas horas normalmente falavam sobre como o paciente não se esforçava para sair da cama, para comer, ou para tomar banho, dentre outras coisas.

O **ambiente** tornou-se muito familiar. Os sentimentos, vivenciados pela pesquisadora na unidade e pelas histórias ali presentes, caminharam do medo, ansiedade frente ao desconhecido para o afeto, carinho e saudade após o fechamento da unidade.

A sala cirúrgica, o conforto médico, o banheiro com os armários, os quartos, o posto da enfermagem, ou seja, tudo caracterizara fortemente a unidade de queimados. Além do cheiro, odor fétido, impregnado nas paredes, no ar, espalhado por toda a unidade, mas não era sentido mais com tanta intensidade com o passar do tempo.

O cheiro normalmente representa a higiene ou a falta dela, relaciona-se com o “bom” e o “ruim”, tem a ver com as flores, quando o cheiro é bom, e com o lixo quando é ruim. Neste caso, o cheiro ruim representava o quão repugnante era aquele lugar, mas a adaptação a ele demonstrava que se poderia melhorar, e ainda trazer alegria àquelas pessoas.

A imagem dos auxiliares de enfermagem preparando a sala cirúrgica para um procedimento, paramentados e preparando um coxim – curativo em quatro camadas: rayon ou morin, gaze de rolo, algodão e atadura, preparado fora do

paciente para ser envolvido nele posteriormente – para a hora do banho permaneceu. Preparavam este coxim normalmente fora do quarto, no corredor, enquanto conversávamos e eu aproveitava para aprender mais.

A sala de cirurgia também caracteriza bastante a unidade de queimados. Sempre cheia de profissionais durante um procedimento, muito sangue pelo chão e o forte cheiro, do próprio sangue ou dos curativos retirados do paciente.

Tudo isso compunha o contexto em que vivi e aprendi sobre os elementos para a compreensão desta experiência.

A ênfase dada durante a narrativa ao papel da **equipe multiprofissional** merece ser melhor explicitada. Acredito que isso tenha ocorrido devido ao fato de que a narradora era também parte dela.

Minha experiência com a equipe e como integrante foi intensa. Fora dela, percebia que podia fazer observações, colocações a respeito do seu trabalho, realizar questionamentos, apontar atitudes positivas e negativas. Como parte dela, sentia-me às vezes impotente, acreditando por vezes que não conseguiria ajudar no relacionamento do paciente com a equipe e tinha dificuldade em transmitir suas queixas de maneira competente. Isso porque talvez a equipe buscasse transmitir a impressão de já saber tudo sobre os pacientes e que nada mais poderia ser acrescentado.

Observei o quanto meus colegas de equipe podiam ser amáveis, carinhosos, atenciosos, cuidadosos, preocupados, mas o quanto podiam ser também indiferentes, rígidos e duros com as pessoas. O carinho era demonstrado por funcionários que queriam cuidar mais: fazer a barba dos pacientes, cortar os cabelos, cortar as unhas, fazer um curativo “mais bonito” (como costumavam se referir a curativo bem feito); todos estes cuidados extras, além do enorme sofrimento demonstrado com o fechamento da unidade, denotavam o afeto que tinham com as pessoas internadas. Era com orgulho que os pacientes contavam aos familiares nos horários de visita sobre estes cuidados da equipe.

Membros da equipe também se reuniam e levavam ao setor produtos de higiene pessoal para os pacientes que não os tinham, porque não recebiam visitas, e, conseqüentemente, não havia ninguém para levar esses produtos até o hospital.

O sentimento de angústia era muito grande, principalmente quando a equipe dizia que o paciente não podia mais estar sentindo dor, pois já havia sido

administrada a medicação e a dosagem corretas. A dificuldade encontrada nestes momentos referia-se a sentir-se integrada e ao mesmo tempo distante da equipe. A impressão era de que o veredicto pertencia à equipe técnica e caberia à psicóloga subordinar-se e concordar.

Nessas horas minha conduta muitas vezes consistiu em me aproximar, impotente, do paciente para transmitir-lhe as informações médicas e ficar ao seu lado, porém sentindo não estar sendo sincera sobre as informações passadas, principalmente, pelo fato de a equipe estar relutante em administrar-lhe outra dose de medicação, acreditando que sua dor estava sendo fantasiada. Ficava ao lado do paciente, tentando conversar sobre outras coisas para mudar o foco da atenção; outras, no entanto, apenas testemunhava seu sofrimento e tentava passar-lhe otimismo.

Os membros da equipe demonstravam muita prática com os cuidados demandados pelo paciente queimado, como o banho, a realização dos curativos, a administração de medicação e outros. Contudo, talvez faltasse tempo e disponibilidade para compreender melhor os aspectos subjetivos dos pacientes e os seus próprios de forma empática.

Como psicóloga da unidade, costumava dizer aos pacientes: “estou tentando sentir o que você está sentindo, mas como não passei por isto, talvez não consiga totalmente; porém, posso imaginar!”. Nessas horas, é importante tentar compreender não somente os sentimentos dos pacientes, mas dos familiares, para atendê-los com mais disponibilidade e tranquilidade, buscando entender o motivo de determinadas reações. Isso implica não fazer pré-julgamentos, como se já soubéssemos o que e por que estão sentindo dor, medo, desespero, angústia etc.

As pessoas que estão diariamente trabalhando nesta unidade passam a conhecer o funcionamento das coisas e os procedimentos. Mas, para um paciente e seus familiares, que nunca viveram esta situação, tudo é novo; e, certamente, estarão cheios de dúvidas ao começar a frequentar e fazer parte da unidade.

Com relação às crianças, aos pacientes que tentaram suicídio e às questões religiosas considero importante refletir mais profundamente. Observa-se em relação a estes pacientes uma reação peculiar da equipe: um olhar crítico de condenação em relação aos responsáveis pelo acidente. Assim, há maior dificuldade em ouvir e

dar atenção às pessoas envolvidas, como se já soubessem de antemão tudo o que precisavam sobre o caso.

As mães são as maiores vítimas deste tipo de preconceito: são julgadas como negligentes e descuidadas com os filhos pequenos; da mesma forma os pacientes que se queimaram, ao tentar se suicidar, são tidos como desequilibrados e que, portanto, teria sido melhor que tivessem morrido. Em ambos os casos, há sentimentos de rejeição e pouca paciência por parte de alguns membros da equipe.

Os pacientes que seguem determinada religião mais radical em seus preceitos também provocam na equipe sentimentos negativos, pois se acredita que preferem morrer a aceitar determinados procedimentos que a medicina poderia lhes oferecer para a recuperação.

Em todos estes casos, a intolerância da equipe pode ser prejudicial ao longo do tratamento, pois complica muito as possibilidades de um relacionamento empático.

A postura que eu estabelecia com as **famílias** era na maioria das vezes de acolhimento, empatia, disponibilidade e atenção. Observava aflita que a preocupação com as famílias por parte dos técnicos é mínima. Porém, elas estão muitas vezes sofrendo tanto ou mais que o próprio paciente. Busquei sempre incluir a família no tratamento, fazendo com que participasse, mesmo que breve e minimamente.

Embora a família seja parte inerente ao próprio episódio da queimadura, há que se compreender melhor como trazê-la mais perto e ajudá-la a ajudar o paciente. Para os pacientes, receber notícias dos familiares e saber que estão próximos pode acalmar e dar forças para enfrentar o tratamento. Principalmente quando estão ao lado do paciente, podem proporcionar segurança pelo carinho e cuidados e também pelo otimismo demonstrado. A família pode ser considerada como parte da equipe no sentido de colaborar com o tratamento do paciente, incentivando-o a realizar tarefas que considera difíceis devido ao alto grau de dor.

Apesar de tanta angústia e sofrimento, é possível compartilhar sorrisos, momentos de alegria e descontração, quando se é observada a evolução do paciente em seu tratamento e a alta parece se aproximar. Mas é preciso o auxílio de todos os envolvidos no processo de recuperação para que isso possa acontecer.

A relação com os **pacientes** talvez tenha sido a experiência mais profunda que vivi. Primeiramente fui impactada pelos procedimentos. O desbridamento e o enxerto eram os principais para a recuperação do paciente gravemente queimado. Em seguida havia o banho e os curativos. Todos estes procedimentos envolviam aspectos objetivos e subjetivos, demonstrados através dos sentimentos das pessoas envolvidas, especialmente dos próprios pacientes.

O aspecto objetivo era representado pelo sangue, pelas lâminas usadas nas cirurgias, pelos materiais usados para o curativo (havia entre eles uma atadura estéril com um cheiro muito ruim, que se confundia à queimadura), os lençóis sujos das camas, os choros, gritos e reclamações; todos passíveis de observação.

Quanto aos subjetivos, havia sentimentos e pensamentos que emergiam quando os pacientes eram submetidos a estes procedimentos. Especialmente em relação às sensações físicas de dor. Uma tentativa de expressá-las consiste em choro, gritos e falas exacerbadas. Porém, do que se constituem estes sentimentos? Quão devastadora psicologicamente pode ser a dor física? Como é vivida de maneira íntima e pessoal? E em relação aos medos, dúvidas, expectativas? Todos estes pensamentos e sentimentos se entrelaçavam aos aspectos objetivos e imprimiam a imagem que representava para mim o paciente queimado.

Um ponto significativo nesta experiência refere-se às formas como os pacientes lidavam com a dor que os acompanhava, praticamente, do início ao fim da hospitalização. Havia momentos em que aumentavam, principalmente após uma cirurgia. A dor fazia com que as pessoas não conseguissem dormir, comer, se movimentar. Era “o pesadelo” das pessoas internadas; excruciante, lancinante, fazia com que em muitos momentos os pacientes não acreditassem na própria sobrevivência. Por isso, mantinham-se deprimidos, apáticos, sem vontade de conversar, tentando dormir na maior parte do dia. Não queriam assistir à televisão, nem tentar se distrair com outra coisa. Queriam mesmo era ficar sozinhos!

Pelo fato das internações serem na maioria das vezes longas (no mínimo uma semana), a proximidade com o paciente e sua história de vida era grande; com a família nem sempre era, pois as visitas podiam ser feitas nos dias em que a psicóloga não estava presente.

Claro que o contato era maior com aqueles que se apresentavam comunicativos. Os menos comunicativos eram pacientes que estavam respirando

com a ajuda de aparelhos, sedados, ou aqueles que estavam confusos devido à abstinência principalmente de álcool ou cigarro.

Os gritos, choros, as súplicas dos pacientes levaram-me a experimentar um cenário totalmente desconhecido e inusitado. Antes nunca tinha imaginado como um simples banho pode ser tão difícil e sofrido. Um momento que trazia sentimentos ambíguos aos pacientes, pois ao mesmo tempo em que era esperado por aliviar o cheiro forte que exalava da pele queimada, causava pânico por ter que ser em meio a tanta dor.

Ao longo do tempo fui me adaptando às diversas situações, incluindo-as em minha rotina e passando a conviver bem com elas. Penso que me adaptei, mas não me tornei indiferente diante do sofrimento. Pelo contrário, aprendi a compreendê-lo melhor. Continuei me sentindo profundamente triste e impotente diante das queixas dos pacientes, buscando sempre uma nova alternativa para ajudá-los a suportar o inevitável.

Diversas reflexões feitas pelas pessoas internadas puderam ser divididas comigo, o que me deixou bastante satisfeita. Confiaram seus segredos, angústias, dúvidas, sonhos, medos para que pudéssemos chegar a alguma conclusão que minimizasse o sofrimento e desse significado a tudo aquilo de forma a possibilitar o surgimento da esperança num futuro melhor.

Nesta unidade, o envolvimento dos pacientes e de seus familiares com os membros da equipe era tão grande que muitos nos tratavam como se fôssemos da família. Em parte, nós também vivíamos esta ilusão, pois torcíamos e vibrávamos com eles. “Broncas” em tom carinhoso eram dadas também, quando havia necessidade. Tentávamos todos contribuir para que a internação fosse o mais confortável possível em termos físicos e emocionais.

Diversas vezes eu pedia à nutricionista algum tipo de alimento que não era servido no hospital e que o paciente estava com vontade, na tentativa de melhorar minimamente seu estado de espírito. Algumas vezes foi solicitada a preparação de um bolo para “comemorar” o aniversário de algum paciente. Enchia bexigas e pendurava nas paredes do quarto; todos da equipe vinham e cantavam. Era muito bom perceber que podia proporcionar rápidos momentos de alegria àquelas pessoas num momento tão difícil! A vontade de fazer mais pelas pessoas que estavam internadas era grande, porém a constatação dos limites superava-a.

A impotência diante das lembranças do paciente relativas ao incidente era grande. Nada podia fazer quando relatavam e lamentavam sobre o que havia acontecido. Questões como: e se eu não estivesse lá no momento? Se não tivesse me arriscado para salvar outras pessoas? Se tivesse pensado e feito de maneira diferente? O ato de remoer as lembranças é muito presente numa unidade de queimados e tem uma importância grande no processo de recuperação psicológica.

Apesar de tudo, constata-se que o período de internação representa, para muitos pacientes, um momento de reflexão sobre a própria vida. Nos atendimentos, pude perceber que manifestavam sentimentos em relação a diversas passagens de suas vidas e retomavam a autonomia pessoal, fato que ajudava muito em relação a atitudes mais maduras face ao processo de recuperação.

Os relacionamentos amorosos e o trabalho fizeram parte destes momentos: é desta maneira que quero continuar a viver? Planos para o futuro eram feitos ali, mesmo que pudessem não ser concretizados. Porém, eram importantes para o alívio da angústia diante do sofrimento.

Não pude impedir a morte dos pacientes quando esta hora chegava. Para o paciente que tinha uma grande parte do corpo queimada, ou quase a totalidade dele, a morte era quase certa. Dificilmente um organismo resiste à repercussão sistêmica acarretada pela queimadura. A perda da pele – órgão do corpo responsável pela proteção do organismo e por controlar a temperatura, a perda de água – provoca danos profundos na pessoa como um todo.

Quando um paciente era classificado como grande queimado e resistia por um tempo à internação, a morte passava a ser inesperada, e fortemente impactante. O próprio paciente, às vezes, sentia-se fragilizado, como se não pudesse mais suportar a situação.

Apesar de todos os incentivos da equipe, esta também acabava demonstrando seu sofrimento diante do outro. A morte nunca é esperada e parece ser o maior temor para todos os seres humanos. Familiares nos hospitais costumam demonstrar o desejo que seu ente querido não sofra, principalmente quando a morte está próxima. A queimadura, infelizmente, acaba envolvendo esses dois aspectos: normalmente é causada por um acidente e traz muito sofrimento. Enfim, vivi muitos lutos e muitos renascimentos naquela unidade.

Nunca se está realmente preparado para viver momentos extremos como este. Na situação de hospitalização de um paciente que sofre uma queimadura, perde-se além da pele, as roupas, que são substituídas por quatro camadas de curativos, deixando a pessoa com dificuldade para se movimentar. Perde-se o convívio familiar e a proximidade com os amigos. Perde-se o lar e o trabalho, ainda que temporariamente. Apesar disso, as preocupações com todas as esferas da vida continuam subjetivamente. As demonstrações de tristeza, os choros não estão sempre relacionados à dor das queimaduras, mas também as saudades de casa, às preocupações com as pessoas que se ama e com o trabalho.

Diante desta complexa situação, a equipe não tem recursos para lidar com os aspectos mais subjetivos e acaba por apegar-se ao mais concreto e objetivo.

Foi ao mesmo tempo gratificante e angustiante ter atuado nesta unidade. Ter vivido tão intimamente a realidade de pessoas que são hospitalizadas devido a uma queimadura, trouxe-me reflexões sobre a relação entre dor e sofrimento. Em termos psicológicos, a experiência de sofrimento é mais ampla e complexa do que simplesmente uma reação à dor experimentada fisicamente. Esta, por sua vez, não pode ser mensurada diretamente, a não ser como reação neurológica. A dor provocada por queimaduras é realmente maior do que outras dores ou apenas impressionam mais a nós e aos pacientes por serem na parte mais aparente do corpo?

É difícil concluir sobre os elementos mais significativos desta experiência, mas algo que emergiu de maneira muito especial foi ter percebido que onde a fragilidade e impotência do ser humano surgem com mais força e presença, emerge de maneira igualmente impactante, a energia para lutar pela vida e, em grande parte, ela depende da intensidade e importância atribuída aos vínculos com outras pessoas. Ou seja, o desejo de viver depende muito da forma como se vivencia os relacionamentos interpessoais. Talvez só se possa estar vivo, psicologicamente falando, quando se acredita na possibilidade de um existir compartilhado.

CAPÍTULO 4: DIÁLOGO COM OUTROS PESQUISADORES

A partir da sua inserção no dia a dia de uma unidade de queimados de um hospital geral, a pesquisadora narrou suas impressões de forma a reconstituir a experiência vivida ao longo de três anos. Este processo intenso de atualização em relação ao vivido possibilitou-lhe retomar fatos e acontecimentos que deram sentido à sua experiência, sentindo-se transformada pela emergência de novos significados. Muitas situações a tocaram novamente. Alegrou-se e entristeceu-se com as lembranças e sentiu saudades de um tempo que já é passado.

Segundo Forghieri (1993) a experiência vivida só pode ser alcançada pelo próprio sujeito e apenas tem sentido a ele, pois cada pessoa tem sua maneira peculiar de existir. Investigar a experiência de alguém, portanto, implica desenvolver um contato empático e sensível com a pessoa dialogicamente.

Bondía (2002) afirma não ser possível viver uma experiência se não se permite ser tocado pelos acontecimentos. A quem nada acontece, nada o afeta, é incapaz de viver uma experiência. “A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece” (p.21). Segundo este autor, para que se possa experienciar, há a necessidade de uma pausa para a reflexão sobre o que se está vivendo.

Fenomenologicamente, viver uma experiência genuína requer que se suspendam os juízos de valor e os preconceitos. Além disso, aponta a importância de parar para sentir, pensar, olhar, atentar para os detalhes, escutar o outro, ou seja, aproximar-se profundamente do fenômeno e não simplesmente passar por ele ou informar-se sobre ele.

O autor descreve alguns significados da palavra experiência, decompondo-a e traduzindo-a em diversas línguas como latim, espanhol, alemão, grego. Em todas elas as dimensões de travessia e perigo estão implícitas.

A característica marcante da experiência é sua capacidade de transformação. Aquilo que toca a alguém o transforma. “Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação” (p.26).

Pode-se afirmar, a partir disso, que a pesquisadora viveu uma experiência com os pacientes da unidade de queimados, pois foi de fato tocada por eles. “Atravessou” o contexto do hospital, as vidas de pacientes e familiares que

estiveram internados, as ações realizadas pelas diversas equipes: médica, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição, de serviço social. Dividiu momentos de muita angústia e medo. Teve dúvidas em relação aos procedimentos: dariam ou não certo dentro do tempo previsto? Muitas vezes as cirurgias tiveram que ser refeitas e a tristeza dos pacientes foi vivida de perto pela psicóloga. A sensação de impotência perpassou sua atuação.

Neste estudo buscou-se o objetivo do método fenomenológico proposto por Forghieri (1993): “(...) captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinadas situações, por ela experienciadas em seu existir cotidiano” (p.59).

Para Andrade & Holanda (2010), os fenômenos são sempre anteriores às teorias e aquilo que percebemos no contato com o sujeito da pesquisa é a aparência. Esta, segundo estes autores, é um olhar rigoroso ao real, com o objetivo de revelar significados. Tudo aquilo que está disponível ao homem pode ser investigado pela fenomenologia.

Ao “retornar às coisas mesmas”, às origens, como proposto por Husserl vive-se uma nova experiência e abre-se um novo conhecimento. Esta pesquisa lançou um olhar psicológico sobre pacientes que se queimam e são hospitalizados. Como exposto anteriormente, a maior parte das pesquisas publicadas relacionam-se a estudos da área de enfermagem. Não foram encontrados muitos estudos de natureza psicológica que tivessem como interesse a perspectiva psicológica sobre a experiência humana neste contexto específico.

A psicóloga questionava-se sobre o sofrimento desses pacientes antes de pensar em fazer uma pesquisa sobre o tema, antes mesmo do ingresso no mestrado. O fenômeno, portanto, fez-se presente antes mesmo de ser investigado. A dificuldade dos pacientes para enfrentar a internação estimulou o desejo de pesquisar as relações já vividas com essas pessoas durante o período de internação. Para delinear o estudo foi preciso retornar ao vivido e, ao fazê-lo, a pesquisadora descobriu elementos significativos do já vivido, recriando-o.

Considera-se importante ressaltar, como afirmam Andrade & Holanda (2010), que, na pesquisa fenomenológica, é comum encontrar novos resultados que não eram esperados. Isso porque o pesquisador está disponível e aberto à descoberta, àquilo que possa emergir da relação com os participantes.

Castro & Gomes (2011) afirmam: “(...) Apenas a experiência vivida deve ser reconhecida como a esfera onde a fenomenologia pode se realizar completamente”.

O investigador deve manter o olhar para a redução fenomenológica ao longo de sua investigação. Deve estar aberto à intuição ao invés de ater-se apenas às explicações. Na redução fenomenológica, além da *epoché*, está presente a descrição do fenômeno e a busca das essências que constituem sua aparência (Castro & Gomes, 2011).

Ao chegar à unidade de queimados para atuar como psicóloga, a pesquisadora não tinha muito conhecimento a respeito do paciente que sofre queimaduras, tampouco dos tratamentos. Tinha uma ideia vaga sobre a intensidade da dor física provocada por queimaduras, mas não compreendia sua dimensão; igualmente desconhecia o que deveria ser feito para a recuperação, e o quão difícil é suportar uma internação como essa.

Ao longo do tempo, o conhecimento tácito foi aumentando. No entanto, para desenvolver a narrativa foi preciso deixar de lado o conhecimento adquirido e recuperar a dimensão psicológica do sofrimento. Esta não foi uma tarefa fácil de ser realizada, pois exigiu disciplina e rigor. A experiência foi descrita à maneira como foi sendo lembrada; o fenômeno se fez presente à medida que sentimentos e traços de memória emergiram, às vezes de forma surpreendente.

Caetano (2008) lembra que a pessoa que sofre uma queimadura tem seu corpo marcado por cicatrizes, deformações, amputações, tem seu corpo mutilado, desfigurado. Reflete sobre como ficarão essas cicatrizes e se o paciente terá suas atividades comprometidas de alguma forma. Haverá limitação nas atividades do dia a dia? No trabalho, no autocuidado?

Na atualidade, a exigência social de um corpo perfeito é grande e alguém que sofre uma queimadura e tem essas deformações provavelmente não atingirá mais as exigências sociais, sofrendo consequências emocionais significativas.

O ideal de beleza veiculado pela mídia é capaz de deixar pessoas bem constituídas fisicamente insatisfeitas com seu corpo, deprimidas, com baixa autoestima. As propagandas mostram o quanto a aparência física é responsável pela felicidade e pelo sucesso. Desta forma, pode-se imaginar o impacto causado por uma queimadura, que deixa marcas irreversíveis.

Após sofrer uma queimadura e não estar mais dentro dos padrões de beleza socialmente aceitos, a pessoa passa a sofrer preconceito e rejeição em função de suas imperfeições. É uma nova condição de vida. A deficiência do corpo lembra a fragilidade do homem e pode fazê-lo sentir-se inferior e excluído. Caetano (2008) aponta para os pré-conceitos dos próprios pacientes, dificultando sua reinserção na sociedade e a retomada da vida normal.

Todos esses fatores simbolizam a maneira complexa como a queimadura acaba ferindo a pessoa em muitos aspectos de sua humanidade. As reflexões solitárias, os medos e as fantasias relacionados ao corpo e à rejeição das pessoas foram percebidos pela pesquisadora ao interagir com os pacientes.

Na pesquisa realizada por Caetano (2008), com o objetivo de compreender como a imagem corporal do paciente queimado é vivenciada a partir da representação psíquica do corpo, concluiu-se que as queixas dos pacientes estavam relacionadas desde o desconforto físico e dor até o medo de morrer e do desconhecido. A dor psíquica, por seu lado, nem sempre encontra formas de expressão por meio da fala, devido à extrema dificuldade para ser significada pela pessoa.

No espaço de acolhimento proporcionado pelo psicólogo num hospital, o paciente pode externalizar o que está sentindo, entrando em contato com seu sofrimento psíquico. A possibilidade de comunicar este sofrimento a outrem leva-o a poder significá-lo para si mesmo. Guimarães et al. (2012) afirmam que toda doença envolve aspectos orgânicos e psicológicos e caracteriza-se especialmente por ser subjetiva. As queixas dos pacientes em uma unidade para queimados estão ligadas à dor com características psicossomáticas dificilmente aliviadas apenas com analgesia. É preciso também escuta e compreensão que leve à busca do significado da dor. A este respeito, estes autores revelam que é importante que se ajude o paciente a elaborar o fato que o levou ali – o acidente -, já que isto pode evitar possíveis complicações como transtornos emocionais.

Além da questão emocional envolvida nesse processo, observa-se que a administração de medicações específicas para alívio da dor ainda precisa ser mais bem debatida pela área médica, pois há dados que comprovam que unidades de queimados nos Estados Unidos apresentaram grandes diferenças relacionadas a este tipo de medicação. A equipe, estudada por Perry (1984), considerava que

muitos pacientes exageravam na dor, e que os procedimentos não causavam tanta dor assim! Além disso, afirmavam que os pacientes inevitavelmente perderiam o controle com altas doses de medicamentos, e, por isso, eram submedicados.

Pessini (2002) afirma que estudos têm apontado “que a dor oncológica não tem sido adequadamente controlada, não por falta de recursos terapêuticos, mas por avaliação imprecisa do quadro de dor e utilização inadequada do arsenal antiálgico disponível” (p.55). Observa-se semelhança nos tipos de doença em relação à dor e à analgesia; assim como nos pacientes que sofrem queimaduras, os pacientes oncológicos sentem alto grau de dor, e esta necessita ser adequadamente compreendida para ser tratada.

Werneck, Reichenheim & Carpegiani (1995) afirmam que o impacto social que a queimadura traz é um dos fatos mais marcantes no que envolve este tema. As pessoas podem levar de quatro a seis meses para retornar às suas atividades normais. As dinâmicas familiares podem também ficar abaladas. Apontam para as dificuldades a serem enfrentadas: rejeição social, dependência para a realização de atividades diárias, desconforto físico, incapacidade de realizar projetos futuros etc. Os impactos emocionais estão ligados à possibilidade de desenvolvimento de depressão, alcoolismo, personalidade antissocial entre outros. Apontam também para fatores essenciais na fase de reabilitação: cuidados para evitar as sequelas funcionais e estéticas e suporte psicológico.

Firmino (1995) refere-se ao desencadeamento de uma série de emoções quando um paciente é queimado e sua pele gravemente atingida. Alguns tipos de pacientes atingidos por uma queimadura podem causar impactos maiores na equipe do que outros, assim como já descrito neste estudo. Os pacientes que tentaram suicídio afetam negativamente a equipe multiprofissional que acaba por tratá-los de maneira diferente dos demais. Este sentimento relaciona-se também à impotência sentida pela equipe, já que as difíceis condições físicas e psicológicas desses pacientes geralmente os levam à morte.

As crianças também sensibilizam a equipe como um todo. O mesmo autor levanta a questão sobre este fato estar relacionado as próprias características de dependência da criança e sobre ela ter maior dificuldade para lidar com a situação de internação. Firmino (1995) confirma aspectos que emergiram no presente estudo, ao afirmar serem estas pessoas pacientes delicados no entender da equipe. Nota-se

maior dificuldade em lidar com as crianças e com quem tentou suicídio devido aos valores e às crenças da própria equipe.

Reportando à questão familiar, aspecto importante trazido nesta pesquisa, Carvalho & Rossi (2006) afirmam que a participação da família durante a hospitalização de um ente querido pode proporcionar segurança, auxiliar no enfrentamento da doença, diminuir sequelas emocionais e oferecer maior qualidade de vida. Considera-se que a presença de familiares pode diminuir a dor de crianças hospitalizadas, mas isto também pode ser percebido no caso dos pacientes adultos. No entanto, é preciso haver disposição da equipe e da família para trabalharem juntos.

D. Santos, Rezende, Bianco & Leite (2007) realizaram pesquisa com familiares de pacientes internados em um hospital de São Paulo, com o objetivo de identificar os sentimentos dos pacientes a partir das impressões da família, além de avaliar de que maneira podem auxiliar a pessoa durante a hospitalização. Segundo familiares, os pacientes se sentem tristes, preocupados com a família, deprimidos, pessimistas, com sentimentos de invalidez. Seu autoconceito e autoimagem estão prejudicados, sentem que ficam alheios ao tratamento e ansiosos pela alta. No caso de pacientes que tentaram o suicídio percebem os sentimentos de culpa e arrependimento. Ambos, pacientes e familiares, sofrem, sentem medo das condutas, falta de perspectiva, solidão. Os familiares, por sua vez, percebem que sua simples presença dá apoio, conforta, proporciona segurança, mas nem sempre conseguem suportar os percalços da hospitalização.

A visita é considerada importante para elevar a autoestima e transmitir calma. Percebe-se grande ansiedade por parte dos pacientes nos momentos que antecedem a visita familiar. Os familiares pesquisados por estes autores consideram que o papel da família é levantar o ânimo, dar forças, ter um comportamento positivo e demonstrar que o paciente é amado e esperado pela família. Eles também são importantes por fornecerem informações à equipe.

D. Santos et al. (2007) consideram ser importante preparar os familiares para a primeira visita, pois normalmente apresentam-se assustados, ansiosos e com sentimentos de desesperança. Devem ser avisados sobre o que esperar do tratamento. A pesquisadora concorda que a presença da família é extremamente importante no processo de recuperação. Assim, torna-se vital acolher a família

durante os horários de visita e dar explicações, no sentido de aliviar a angústia, preparando-a para encarar a visita de forma mais confiante e transmitir isso aos pacientes.

A queimadura é um evento abrupto na vida de um indivíduo que de uma hora para outra se vê internado, sob os cuidados de pessoas desconhecidas, longe da família e com muita dor. Carvalho & Rossi (2006) confirmam a necessidade de socorro psicológico imediato à vítima de queimadura, devido à urgência da situação.

A pessoa que sofre uma queimadura tem diversas consequências negativas: seu corpo se torna rígido e edemaciado, há dificuldade para se movimentar, fica vulnerável a infecções, sua pele fica úmida e incômoda, além de toda dor. Características psicológicas apresentadas por estes pacientes são: labilidade emocional, interrupção do ciclo sono-vigília, diminuição do nível de consciência, alterações sensório-perceptivas. Com o passar do tempo, podem desenvolver depressão, ansiedade, irritabilidade, dificuldades de relacionamento e outros. A pesquisadora observou que as queixas envolvendo dor são as mais marcantes durante o processo de hospitalização e trazem sentimentos negativos, apatia e humor deprimido.

Referente aos profissionais que cuidam destes pacientes, Costa & Rossi (2003) pesquisaram a atuação de um grupo de profissionais da enfermagem em uma Unidade de Queimados, relacionada ao processo de cuidar de pacientes que sofreram queimaduras. Foram focalizados o cuidado físico e as dificuldades em lidar com o sofrimento. Diante das queixas do paciente durante procedimentos como banho e curativos, os profissionais relataram a necessidade de serem firmes com eles para conseguirem enfrentar a situação tão dolorosa aos pacientes. Ser firme envolve dizer não ao paciente, dizer algo necessário mesmo que ele não queira ouvir; realizar os procedimentos mesmo contra sua vontade.

Quanto às queixas de dor, alguns profissionais relataram a necessidade de terem paciência e lidar com carinho com os pacientes; porém, outros demonstraram que se cansam e se incomodam com as reclamações sempre relacionadas à dor, enquanto estão realizando os procedimentos. Desta forma, gostariam que os pacientes compreendessem a situação e parassem de se queixar. Questionaram se a dor era verdadeira, mas que mesmo não sendo havia a necessidade de respeitá-la.

Na presente pesquisa, a pesquisadora constatou que o fato de a equipe relutar em administrar mais medicação está ligado à questão de permanecer a dúvida sobre se a dor está sendo fantasiada ou se é real. Costa & Rossi (2003) apontam para a necessidade de um melhor controle da dor, pois esta gera uma experiência traumática com efeitos psicológicos para além de dificuldades físicas; impedindo a realização de procedimentos e/ou tratamentos necessários à recuperação.

Quanto às queixas dos pacientes, este estudo revelou a impaciência da equipe e sua fantasia de que se a medicação adequada já foi administrada, logo o paciente não está mais sentindo dor.

M. A. Santos (2003) ressalta que a equipe, principalmente de enfermagem, lida muito de perto com complicações da doença, evolução para a morte, contato com os familiares em unidades especializadas onde o paciente fica confinado. A proximidade e identificação com o paciente decorrente deste confinamento são intensas podendo levar a desequilíbrios psicológicos por parte dos profissionais e até dos pacientes. Os profissionais que cuidam de pacientes graves vivem diariamente sentimentos de aflição e dor, tornando-os vulneráveis à tristeza e ao desamparo, além das reações de perda e luto que são vividos junto com os pacientes e seus familiares.

Diante disso, M. A. Santos (2003) propõe um trabalho em grupo com esses profissionais com o objetivo de melhorar a convivência e a adaptação ao ambiente de trabalho. Trabalhos como este, realizados pelo autor, possibilitam trabalhar temas como vulnerabilidade, ressignificação de crenças e valores pessoais, contato com o sofrimento e morte. Além disso, os profissionais podem expressar e compartilhar suas emoções.

“(...) quanto mais próximos estamos da dor do outro, mais suscetíveis ficamos ao nosso próprio sofrimento e mais cedo ou mais tarde esbarramos nos limites da nossa própria sanidade” (M. A. Santos, 2003, p.50).

Toralles-Pereira et al. (2004) pesquisaram pacientes de uma Enfermaria de Ortopedia com o objetivo de identificar imagens e significados que expressassem situações vivenciadas no processo de atendimento/tratamento. Para isso, foi entregue a cada paciente uma máquina fotográfica com um número determinado de poses que poderiam utilizar.

Os pacientes puderam fotografar momentos vividos na enfermaria e responderam a questões sobre os significados atribuídos ao estar acamado; também opinaram sobre aspectos que consideram bons e ruins na rotina da enfermagem. As fotos e os relatos demonstraram a dor física, a dependência, a incapacidade para realizar tarefas cotidianas sozinhos; além do desconforto e do constrangimento enfrentados pela dependência em relação a outras pessoas. No hospital o corpo do enfermo passa a ser manipulado por pessoas desconhecidas, fato que acarreta medo e angústia. Os pacientes necessitam muito da presença e da atenção dos familiares.

A hospitalização representa a ruptura com a vida cotidiana; passa-se a conviver com o sofrimento de outras pessoas, com a falta de privacidade, de lazer. Por outro lado, pode ser um momento de se fazer novas amizades e adquirir novos conhecimentos com a equipe. É desta maneira que os pacientes internados devido a uma queimadura sentem a hospitalização: de uma hora para outra passam a depender de pessoas desconhecidas, suas roupas são levadas e substituídas por camadas de curativos; não podem sequer ir ao banheiro ou comer sozinhos; não sabem como será a evolução da queimadura, o curativo, as cirurgias etc. O sentimento de solidão também é bastante intenso e presente, principalmente quando envolve pacientes que moram longe e recebem poucas visitas.

Uma das características negativas da hospitalização, relatada por pacientes da pesquisa realizada por Toralles-Pereira et al. (2004) é a falta de informação; da dificuldade apresentada por alguns membros da equipe, especialmente os médicos, em conversar e dar informações sobre o tratamento. Um dos pacientes relata:

(...) nas duas cirurgias até hoje eu não sei quem me operou. É uma falha enorme de quem operou, do médico que fez a cirurgia no paciente... E assim a gente vê outros pacientes, que saem daqui sem saber nada. Alguns, inclusive, vão para cirurgia, sem saber direito como vai ser feita a cirurgia... (Toralles-Pereira et al., 2004, p.1022).

Observou-se na presente pesquisa, através do relato da pesquisadora sobre sua experiência com pacientes queimados, fato semelhante ao relatado acima, pois

diversas vezes as informações a respeito das cirurgias, como seriam feitas, quando, e por quem, eram dadas aos pacientes pela própria psicóloga.

Os pacientes pesquisados por Toralles-Pereira et al. (2004) relataram também sobre o aprendizado com pessoas desconhecidas, companheiras de quarto, as suas lições de vida, a percepção de que, mesmo passando por uma grande dificuldade, há pessoas que ainda mantêm a alegria, felicidade, tentando encontrar meios para seguir em frente:

(...) aqui é o seu P... que estourou um pneu de caminhão; ele perdeu o braço.

(...) Estar deitado em frente a ele é ruim, uma coisa que eu não desejo nunca pra ninguém. Mas... ele foi mutilado mas estava feliz, não perdeu a vida.

Falava pra gente: “eu estou assim, mas eu estou vivo, tenho minha vida pela frente!...” (p.1019).

A experiência da pesquisadora permitiu constatar que nem todos os pacientes passam pela internação da mesma forma. Alguns surpreendem a equipe reagindo positivamente a uma situação considerada desesperadora, desestruturante. Com certeza, foi exemplo para a equipe e para outros pacientes internados. Quais são os mecanismos internos que possibilitam uma reação positiva a um fato considerado desestruturante?

Pesquisando sobre a atuação profissional do psicólogo em outros contextos, encontrou-se em pesquisa realizada por Garcia, Souza, & Holanda (2005) uma unidade de transplante renal cujos objetivos da intervenção psicológica se aproximam aos da intervenção em unidade de tratamento de queimados. Os focos da atuação são pacientes, familiares e equipe. Propõem um atendimento emergencial e focal e trabalham com pacientes que apresentam sofrimento psíquico sobreposto ao sofrimento físico.

Observa-se aqui uma inversão em relação aos pacientes queimados: nestes o sofrimento físico se sobrepõe, e o psíquico aparece logo atrás, ou ao lado do físico. É necessária a compreensão do paciente na sua totalidade, ainda mais estando num

contexto de hospitalização, o qual traz mal-estar e muito sofrimento, além de sequelas no tratamento.

A intervenção psicológica com o paciente no momento pré-transplante e internado em uma unidade de queimados, objetiva conhecer suas expectativas em relação ao tratamento, clarificar as fantasias, saber se recebeu orientações da enfermagem e do médico e se estas foram compreendidas. Além de possibilitar ao paciente entrar em contato com seu sofrimento e diminuir sua ansiedade.

Patterson, Everett, Bombardier, Questad, Lee, & Marvin (1993) apontam sintomas psicológicos e psiquiátricos entre os pacientes hospitalizados. O mais comum é o *delirium*, seguido pela ansiedade (estresse pós-traumático), depressão, psicose e problemas de comportamento. Em pesquisa realizada por esses autores, o mau ajustamento ao hospital e as complicações psiquiátricas ocorreram em 50 a 65% dos pacientes queimados hospitalizados e estavam relacionados dentre outros fatores ao total da superfície corporal queimada.

Vários estudos têm relatado a presença de fatores psicológicos incidindo sobre a mortalidade em pacientes internados. Têm sido identificados nos pacientes “desejo de morte” ou “perda do desejo de viver”. A síndrome da perda do desejo de viver é definida como um período de apatia, em que o paciente apresenta desleixo consigo próprio, negligência, não coopera com os cuidadores e experiencia grande desvalorização e afastamento social. Em estudos realizados por Temperau et al. (1989, citados em Patterson et al., 1993), 17 de 156 pacientes apresentaram esta síndrome, o que corresponde à 11%. Desses 17, cinco pacientes morreram.

Guimarães et al. (2012) afirmam que a dor pode gerar mudança de comportamento, de humor, causando agressividade, depressão, apatia, desejo de morte etc. O processo vivido pelo paciente durante a hospitalização pode provocar sentimentos de rejeição familiar, exclusão social, ou seja, um sentimento de inadequação pessoal, necessitando a ajuda do psicólogo para elaborar de forma gradual o que aconteceu.

A presença do psicólogo se faz importante também para ajudar o paciente a reconhecer disfunções, sequelas ou perdas decorrentes da queimadura. Ou seja, o trabalho do psicólogo neste ambiente favorece a expressão de sentimentos relacionados tanto a aspectos físicos quanto emocionais, auxiliando em sua reestruturação.

Maniva, Freitas, Jorge, Carvalho & Moreira (2013) investigaram como se deu a hospitalização de pessoas que sofreram acidente vascular encefálico (AVE) a partir do olhar dos próprios pacientes. Os sentimentos relatados foram de medo, tristeza, perplexidade diante do inesperado surgimento da doença.

Os pacientes perceberam-se diante de uma situação que põe sua vida em risco e também diante das sequelas decorrentes da doença, levando a incapacidades principalmente no trabalho. Procuraram compreender e justificar o fato de a doença ter acontecido, buscaram pensar nas situações que os levaram a estar internados. Os participantes desta pesquisa associaram a hospitalização a um presídio, e os pacientes aos prisioneiros. "(...) E identificaram a hospitalização com sofrimento, pela seguinte lógica: hospital é cadeia. Cadeia é sofrimento. Hospital é sofrimento" (p.365).

Maniva et al. (2013) sugerem que essa percepção de estar preso denota a incompreensão sobre a gravidade do caso e a incapacidade para aceitar a doença. Claramente aqui a hospitalização é comparada a uma prisão, da mesma maneira como foi compreendida por esta pesquisadora em sua experiência em uma unidade de queimados.

Observaram aqueles autores no relato dos pacientes o quanto responsabilizam a equipe ou o próprio ambiente por estarem sofrendo e passando por dificuldades. Este fato demonstra a incompreensão sobre a doença e aproxima-se aos sentimentos que a pesquisadora percebeu nos pacientes que sofrem queimaduras, quando solicitam à equipe permitirem voltar para casa, pedem alimentos que podem atrapalhar o processo de recuperação ou não compreendem o fato de não poderem sair da unidade.

Diversos pacientes internados por terem sofrido queimaduras transformaram-se ao longo da hospitalização. Os sentimentos iniciais de angústia, desespero, insegurança foram amenizados, reelaborados, aliviados, assim como ocorreu com os pacientes que sofreram AVE na pesquisa realizada por Maniva et al. (2013). Perceberam melhora com o passar dos dias, através da mudança das capacidades individuais: conseguiram realizar novamente atividades diárias sozinhos, como caminhar, alimentar-se, realizar higiene pessoal etc.

O processo de recuperação dos pacientes apreendido pela pesquisadora permitiu a ressignificação do vivido, reflexão sobre atitudes positivas e negativas que

levaram ao adoecimento, reconhecimento da sua participação neste processo e os estimulou a projetar mudanças para o futuro.

Nota-se, portanto, semelhança entre os processos de adoecimento, independente do diagnóstico. Estão presentes medo e ansiedade, assim como sentimento de solidão, abandono, insegurança face às futuras incapacidades, tristeza por estarem longe do lar e da família. Porém, também ocorrem reflexões e amadurecimento no processo de hospitalização. Todos esses aspectos parecem caracterizar a pessoa que é hospitalizada de um modo geral.

No entanto, o paciente que sofre uma queimadura tem um diferencial importante no que concerne à experiência de intensa e contínua dor física. À primeira vista, quando se olha especificamente para a pele, não é possível compreender a gravidade da queimadura, como o é em pacientes com outros diagnósticos, como o acidente vascular encefálico.

Ao estar em contato com um paciente queimado em seus primeiros dias de internação não se consegue apreender a profundidade ou gravidade da lesão. Somente com o passar do tempo e com os procedimentos é possível fazer esse reconhecimento. E, só então, pode-se prever que os piores dias de internação estão por vir.

Concluindo, embora a maioria dos estudos sobre pacientes internados apontem para elementos semelhantes no que concerne à experiência vivida por eles durante o processo de internação; a pesquisadora considera que a forma como este fenômeno foi abordado no presente estudo, a partir de sua própria experiência no contato diário em uma unidade de queimados, permitiu vislumbrar especificidades e nuances que tornam cada situação única e singular.

Diferentemente do objetivo de buscar generalizações para facilitar a implantação de protocolos de conduta a serem adotados pela equipe, este estudo de natureza fenomenológica trouxe à luz elementos que instigam a necessidade de uma atenção psicológica pautada por atitudes de compreensão e respeito às diferenças tanto em relação aos pacientes quanto no trato com os familiares e equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos questionamentos e reflexões podem ser desenvolvidos a partir de uma experiência como esta em foco neste estudo. Quão intenso é conviver num contexto cujas pessoas gravemente feridas ficam à mercê de cuidados por parte de uma equipe multiprofissional à semelhança de um recém-nascido? A sensação de fragilidade vivida por pacientes que se encontram numa ala de queimados é imensa.

Viver esta experiência, como psicóloga, possibilitou à pesquisadora adquirir tanto conhecimentos mais objetivos sobre o tratamento, quanto uma certa sabedoria para lidar com pessoas que atravessam fases em que vida e morte se aproximam perigosamente. Isso envolve reconhecer como é difícil estar internado, sob custódia. Além disto, aprendeu que o limiar para suportar dor física é algo muito relativo e pode ser levado às últimas consequências em pacientes queimados.

Cuidar de pessoas, num contexto em que predomina o estar “à flor da pele”, exige disponibilidade e um genuíno sentimento de amor ao próximo. Envolve também admitir que é necessário dispensar a essas pessoas uma forma de atenção psicológica muito específica que se aprende de maneira direta, via contato na situação real do contexto do hospital.

Conclui-se que as famílias são como membros da equipe, precisam participar, estar junto, mas também serem ouvidas e acolhidas. A equipe profissional, por sua vez, demanda atenção especial, pois lida diariamente com os limites da capacidade humana para suportar o sofrimento e neste processo negligencia, muitas vezes, seus próprios limites. Ao descuidar-se de si, esses profissionais ficam propensos a atitudes impulsivas que ameaça a si próprios e aos pacientes.

Assim, é possível repensar, a partir deste estudo, as formas de atenção psicológica no contexto hospitalar, incluindo os profissionais como pacientes e cuidando para fortalecer os vínculos entre os membros da equipe, facilitando o desenvolvimento de um ambiente psicologicamente integrador e suportivo.

Quanto aos pacientes internados, a atenção psicológica deve priorizar atitudes de compreensão empática face às maneiras peculiares, segundo as quais, cada pessoa reage e é afetada pela experiência da dor e da mutilação; porém não se deve descuidar também da importância da presença de relações interpessoais significativas com a equipe e com os familiares.

O aprendizado do psicólogo ao trabalhar numa ala de queimados pode subsidiar estudos importantes sobre a atenção em situações extremas e estimular que gestores de instituições públicas e privadas desta natureza invistam em programas de formação e em atendimento psicológico aos profissionais das equipes multidisciplinares.

Para a área de Psicologia, a contribuição dos resultados deste estudo pode inspirar o desenvolvimento de novas formas de atenção psicológica em instituições. Esta proposta vai ao encontro do alerta feito por Guimarães et al. (2012), já referida anteriormente, sobre a pequena quantidade de profissionais atuando em unidades especializadas na área da saúde.

Sem dúvida, emergiu deste estudo a importância e a necessidade da presença do psicólogo em uma unidade para tratamento de queimados. A pesquisadora vislumbra como promissora a criação de grupos de reflexão e espaços para troca de experiências a serem disponibilizados aos membros da equipe e aos familiares dos pacientes no contexto da própria unidade.

Do ponto de vista social, cabe questionar a partir deste trabalho: de que maneira a ocorrência de acidentes que provocam queimaduras graves pode ser evitada ou pelo menos diminuída?

Os órgãos públicos deveriam promover campanhas a este respeito e veiculá-las na televisão, em jornais e em revistas de grande circulação, visando a informar sobre os riscos na manipulação de determinados produtos em situações cotidianas.

Testemunhar o sofrimento desesperador vivido pelos pacientes queimados leva à conclusão inevitável de que a prevenção ainda é o melhor remédio. O paciente que sofre uma queimadura e é hospitalizado custa muito, tanto do ponto de vista dos recursos técnicos quanto dos humanos para o sistema público de saúde.

Finalmente resta salientar que os elementos identificados como significativos pela pesquisadora foram também apontados em pesquisas desenvolvidas por autores provenientes de diversas outras áreas do conhecimento no amplo e complexo campo da saúde. No entanto, grande parte do que foi revelado de maneira específica neste estudo, constitui material de trabalho importante para os psicólogos em sua prática clínica.

Compreender o paciente que sofre uma queimadura e necessita ser hospitalizado e, acima de tudo, atendê-lo em sua fragilidade e dependência,

contribui para um retorno aos fundamentos da Psicologia como ciência sobre e para os seres humanos. As sequelas físicas e emocionais decorrentes deste tipo de ferimento deixam marcas que dificilmente serão esquecidas pelo paciente – e por seus familiares – e, em muitos casos, ocasionam problemas que o obrigarão a diversos tipos de adaptação para retomar a rotina.

De que maneira os psicólogos que compõem equipes em hospitais podem minimizar essas dificuldades e preparar o paciente e a família para superá-las após o período de internação?

Não se pode furtar à importância do desenvolvimento de outras pesquisas na área da psicologia que tragam um olhar competente e de abrangência a todos os aspectos que envolvem vítimas de queimaduras.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 5-10.
- Amatuzzi, M. M. (2003). Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In Bruns, M.A.T. & Holanda, A. (Org.), *Psicologia e Fenomenologia: Reflexões e Perspectivas*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Amatuzzi, M. M. (2006). A subjetividade e sua pesquisa. *Memorandum*, 10, 93-97. Retirado em <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/amatuzzi03>
- Amatuzzi, M. M. (2007). Experiência: um termo chave para a Psicologia. *Memorandum*, 13, 08-15. Retirado em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/amatuzzi05.pdf>
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 93-100.
- Andrade, C. C., & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 259-268.
- Azevêdo, A. V. S., & Santos A. F. T. (2011). Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 328-39. doi: 10.1590/S1414-98932011000200010
- Barus-Michel, J. (2003). Sofrimento, trajetos, recursos. Dimensões psicossociais do sofrimento humano. In T. Aiello-Vaisberg & F. Follador e Ambrósio (Eds.). *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido* (pp.17-39). São Paulo, SP: IPUSP.
- Bellato, R. (2001). *A vivência da hospitalização pela pessoa doente*. (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).
- Benjamin, W. (2012). O Narrador – Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e história da cultura* (8ª Ed.revista, pp. 213-240). São Paulo: Brasiliense.

- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19. Retirado em: http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/rbde19/rbde19_04_jorge_larrosa_bondia.pdf
- Brant, L. C., & Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 213-223. Retirado em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>
- Caetano, D. W. (2008). O corpo em evidência: o simbolismo do corpo queimado. *Revista OMNIA Saúde*, 5(1). Retirado em: www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/view/23
- Carlucci, V. D. S., Rossi, L. A., Ficher, A. M. T., Ferreira, E., & Carvalho, E. C. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 41(1), 21-28. doi: 10.1590/S0080-62342007000100003
- Carvalho, F. L., & Rossi, L. A. (2006). Impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma unidade de queimados sobre a dinâmica familiar: revisão de literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(2): 243-254. Retirado em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5088>
- Castro, T. G., & Gomes, W. B. (2011). Movimento Fenomenológico: Controvérsias e Perspectivas na Pesquisa Psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2): 233-240. doi: 10.1590/S0102-37722011000200014
- Costa, E. C. F. B., & Rossi, L. A. (2003). As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 37(3), 72-81. doi: 10.1590/S0080-62342003000300009
- Costa, J. S. (2011). *Terapia de família e seus significados: narrativas sobre as experiências dos clientes*. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas). Retirado em <http://www.familia.med.br/imagens/file/Tese%20Juares%20S%20Costa%202011.pdf>
- Creswell, J. W. (2010). Seleção de um Projeto de Pesquisa. In *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (pp. 25-47). Porto Alegre, RS: Ed. Artmed.

- Cruz, R. S. (2007). *Walter Benjamin: o valor da narração e o papel do justo*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia). Retirado em www.ppgf.ufba.br/dissertacoes/Ricardo_Souza.pdf
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 371-378. doi: 10.1590/S1413-294X2002000200018
- Espinha, T. G., & AmatuZZi, M. M. (2008). O Cuidado e as Vivências de Internação em um Hospital Geral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 477-485. doi.org/10.1590/S0102-37722008000400011
- Ferreira, L. A., & Luis, M. A. V. (2002). A construção do processo que culminou num episódio de queimadura: relato da história de vida de pacientes queimadas. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 36(2), 125-132. doi: 10.1590/S0080-62342002000200004
- Ferreira, E., Lucas, R., Rossi, L. A., & Andrade, D. (2003). Curativo do paciente queimado: uma revisão de literatura. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 37(1). doi: 10.1590/S0080-62342003000100006
- Firmino, J. (1995). Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In Gomes, D. R., Serra, M. C. V. F., & Pellon, M. A. *Queimaduras* (231-37). Rio de Janeiro, Revinter.
- Forghieri, Y. C. (1993). Contribuições da fenomenologia para a pesquisa na psicologia. In *Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas* (pp.57-75). São Paulo, SP: Pioneira.
- Garcia, M. L. P., Souza, A. M. A. e, & Holanda, T. C. (2005). Intervenção Psicológica em uma Unidade de Transplante Renal de um Hospital Universitário. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 25(3): 472-483. doi: 10.1590/S1414-98932005000300011
- Gonçalves, N. (2011). Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(3). doi: 10.1590/S0104-11692011000300023
- Goto, T. A. (2008). Prolegômenos à fenomenologia transcendental de Edmund Husserl. In *Introdução à Psicologia Fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl* (pp.35-100). São Paulo: Paulus.

- Graças, E. M. (1996). *A experiência da hospitalização: uma abordagem fenomenológica*. (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).
- Greco Junior, J. B., Moscozo, M. V. A., Lopes Filho, A. L., Menezes, C. M. G. G., Tavares, F. M. O., Oliveira, G. M., & Gama Junior, W. N. (2007). Tratamento de pacientes queimados internados em Hospital Geral. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.*; 22(4), 228-32. Retirado em: rbc.org.br/imageBank/PDF/22-04-06.pdf
- Guimarães, M. A., Silva, F. B. & Arrais, A. (2012). A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. *Rev. Bras. Queimaduras*, 11(3). Retirado em: www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=118
- Holanda, A. (2002). *O resgate da fenomenologia de Husserl e a pesquisa em psicologia*. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas).
- Holanda, A. (2003). Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética: elementos para um entendimento metodológico. In Bruns, M. A. T. & Holanda, A. (Org.), *Psicologia e Fenomenologia: Reflexões e Perspectivas*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(XXIV), 363-372. Retirado em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a10.pdf
- Mahfoud, M. (1987). A vivência de um desafio: plantão psicológico. In Rosenberg, R.L. (Org.) *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa* (pp.75-83). São Paulo: EPU.
- Maniva, S. J. C. F., Freitas, C. H. A., Jorge, M. S. B., Carvalho, Z. M. F., & Moreira, T. M. M. (2013). Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(2): 362-8. doi: 10.1590/S0080-62342013000200013
- Montes, S. F., Barbosa, M. H., & Neto, A. L. S. (2011). Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(2), 369-73. Retirado em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a09

- Mora, J. F. (1982). *Dicionário de Filosofia* (5ª Ed.). Publicações Dom Quixote, Lisboa.
- Morato, H. T. P. (1987). Abordagem centrada na pessoa: teoria ou atitude na relação de ajuda? In Rosenberg, R. L. (Org.) *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa* (pp. 24-44). São Paulo: EPU.
- Moustakas, C. (1994). Human science perspectives and models. In *Phenomenological Research Methods* (pp. 1-24). Sage Publications.
- Negromonte, M. R. O. (2010). *O profissional de saúde frente à dor do paciente: estresse, enfrentamento e trabalho em equipe*. (Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília). Retirado em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8170?mode=full>
- Patterson, D. R., Everett, J. J., Bombardier, C. H., Questad, K. A., Lee, V. K., & Marvin, J. A. (1993). Psychological Effects of Severe Burn Injuries. *Psychological Bulletin*, 113(2): 362-378. doi: 10.1037/0033-2909.113.2.362
- Perry, S. W. (1984). Undermedication for Pain on a Burn Unit. *General Hospital Psychiatry*, 6, 308-316. Retirado em: <http://www-sciencedirect-com.ez128.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/0163834384900264>
- Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Rev. Bioética*, 10(2). Retirado em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215
- Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (1997). Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev. Bras. Cancerologia*, 43(1). Retirado em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/artigo2_completo.html
- Ramos, M. T. (2012). *Plantão psicológico em instituição de longa permanência para idosos: um estudo fenomenológico*. (Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas).
- Rey, F. G. (1999). *La Investigación Cualitativa en Psicología: Rumbos e desafíos* (pp. 51-55). São Paulo: EDUC.

- Rogers, C. R. (1997). As características de uma relação de ajuda. In *Tornar-se Pessoa* (pp.45-68). São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1975). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. (Vol. 2). São Paulo, SP: Interlivros.
- Rossi, L. A. (2001). O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 35(4), 336-345. doi.org/10.1590/S0080-62342001000400005
- Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. C. P., & Carvalho, E.C. (2000). A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 8(3), 18-26. doi: 10.1590/S0104-1169200000300004
- Russo, A. C. (1967). Anátomo Fisiopatologia. In *Tratamento das Queimaduras* (pp. 17-23). São Paulo, SP: Sarvier.
- Sant'Anna, D. B. (2000). Pacientes e passageiros. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 4(6). Retirado em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114089002>
- Santos, M. A. (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e morte. *Revista da SPAGESP*, 4(4): 43-51. Retirado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702003000100007&script=sci_arttext
- Santos, D., Rezende, M. M., Bianco, R. P. R., & Leite, G. L. (2007). As representações sociais dos familiares frente aos sentimentos dos pacientes queimados hospitalizados. *Rev. Saúde Coletiva*, 4(16): 104-108. Retirado em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201603>
- Scherer, Z. A. P. (1995). *Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura: a importância do processo interativo paciente-enfermeiro de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo). Retirado em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-13012010-153237/pt-br.php>
- Sells, D., Topor, A., & Davidson, L. (2004). Generating Coherence out of Chaos: Examples of the Utility of Empathic Bridges in Phenomenological Research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35(2). Retirado em: <http://go.galegroup>.

com/ps/i.do?id=GALE%7CA128600362&v=2.1&u=capes58&it=r&p=AONE&sw=w
&asid=9f534d797d53f4109dec983173c86e8d

Simonetti, A. (2004). Introdução. In *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença* (pp. 13-29). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Szymanski, H., & Cury, V. E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 355-364. doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200018

Tassinari, M. A. (2003). *A clínica da urgência psicológica: contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro). Retirado em: gruposerbh.com.br/textos/teses_doutorado/tese02.pdf

Toralles-Pereira, M. L., Sardenberg, T., Mendes, H. W. B., & Oliveira, R. A. (2004). Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4). Retirado em: www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a22v9n4

Van Den Berg, J. H. (1966). *O Paciente Psiquiátrico – Esboço de Psicopatologia Fenomenológica* (pp.9-34). Ed. Mestre Jou: São Paulo.

Werneck, G. L., Reichenheim, M. E., & Carpeggiani, R. (1995). Aspectos psicossociais das queimaduras. In Gomes, D. R., Serra, M. C. V. F., & Pellon, M. A. *Queimaduras* (227-29). Rio de Janeiro, Revinter.

World Health Organization (2008). *A WHO plan for burn prevention and care*. Geneva, Switzerland. Retirado em: http://www.who.int/violence_injury_prevention

ANEXO: Carta de autorização da Instituição para realização da pesquisa

Eu, Sara Regina Moreira Pansani, estou realizando uma pesquisa intitulada “A experiência de pacientes em uma unidade hospitalar para queimados: narrativas compreensivas” como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. A pesquisa tem por objetivo compreender a experiência de sofrimento de pacientes internados em uma unidade hospitalar para queimados em relação ao momento que estão vivendo. Para o cumprimento deste objetivo, buscarei, a partir dos meus atendimentos cotidianos a esses pacientes como psicóloga hospitalar desta instituição, apreender elementos significativos dos seus discursos, e descrevê-los sob a forma de narrativas. Estas serão escritas de maneira ilustrativa com o objetivo de não haver nenhuma identificação dos pacientes. Elementos identificatórios da Instituição também serão mantidos em sigilo. O desenvolvimento desta pesquisa não implicará em recursos financeiros para além daqueles já disponibilizados pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia via bolsa CAPES/MEC. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir com novos conhecimentos para a assistência ao paciente internado em uma Unidade para Tratamento de Queimados. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, pessoalmente, pelo endereço eletrônico: spansani@yahoo.com.br, ou pelo telefone (11)99648-7707.

Sara Regina Moreira Pansani
Psicóloga - CRP 06/85434

Autorizo a psicóloga Sara Regina Moreira Pansani, mestranda em Psicologia pela PUC-Campinas, a realizar a pesquisa intitulada “A experiência de pacientes em uma unidade hospitalar para queimados: narrativas compreensivas” nas dependências da Instituição, podendo para isso utilizar trechos de seus atendimentos (sob a forma de vinhetas fictícias) realizados como psicóloga hospitalar para fins da pesquisa. Declaro estar ciente dos objetivos do estudo, bem como da resolução 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil.

Diretoria da Instituição
Data: ___/___/___