



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS  
CURSO: PSICOLOGIA

# ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E O PROCESSO SUBJETIVO DA DOR EM UM PACIENTE QUEIMADO.

MARIANA MORENA RAMOS GARRIDO

BRASÍLIA  
NOVEMBRO/2005.

MARIANA MORENA RAMOS GARRIDO

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E O PROCESSO SUBJETIVO DA  
DOR EM UM PACIENTE QUEIMADO.

Monografia apresentada como  
requisito para conclusão do  
Curso Psicologia do UniCEUB -  
Centro Universitário de Brasília

Prof. Orientador: Fernando Luis  
González Rey

Brasília/DF, Novembro de 2005.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha mãe Sílvia Ramos por ter tido compreensão e paciência durante o período em que fiz a monografia; Ao meu supervisor Fernando Rey que me incentivou e não me deixou desistir; À Tereza Helena que enfatizou a importância do tema escolhido e me ensinou o que eu sei sobre psicologia na unidade de queimados; ao Doutor Mário Frattini que forneceu parte do material consultado e ao Leonardo Santana cujo apoio foi fundamental para o término deste trabalho.

Agradeço também a todos que me apoiaram e me ajudaram para a conclusão deste trabalho.

Muito Obrigada a Todos!

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO _____	05
2. PROBLEMAS E OBJETIVOS _____	07
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA _____	08
3.1 A Queimadura _____	08
3.2 Possíveis Causas de Queimaduras: _____	10
3.3 Tentativa de Auto-Extermínio na Drogadição Ou Alcoolismo: _____	12
3.4 Tentativa de Auto-extermínio na Psicose _____	12
3.5 Tentativa de Auto-Extermínio Devido a Uma Decepção Amorosa: _____	13
3.6 A Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) _____	13
3.7 O psicólogo hospitalar _____	14
3.8 A Função do Psicólogo na Unidade de Queimados _____	15
3.9 O grupo: _____	17
3.10 A Subjetividade _____	19
4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ENFERMARIA DA UNIDADE DE QUEIMADOS _____	22
4.1 A Atuação do Psicólogo no Ambulatório da Unidade de Queimados _____	29
4.2 Grupo de Convivência: _____	30
5 CONSTRUÇÃO E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO _____	32
5.1 Estudo de caso _____	32
6. CONCLUSÕES GERAIS _____	40
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	41

## RESUMO

Esta pesquisa propõe-se a fazer um estudo sobre a abordagem psicológica na Unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte pesquisando as experiências emocionais relevantes associadas a dor e ao tratamento e os efeitos da subjetividade e da emocionalidade no processo de cura. A pesquisa busca salientar a idéia de que a psicologia deve passar de uma epistemologia da resposta para uma epistemologia da construção, ou que pressupõe substituir o papel tradicional dos instrumentos por uma aproximação metodológica construtiva. A construção teórica é uma produção humana envolvida de forma permanente com a realidade. Considerando o objetivo deste estudo. O trabalho se constituiu em apresentar um estudo de caso baseado nos atendimentos psicológicos do da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte.

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é um estudo sobre reestruturação emocional, notadamente da imagem corporal em pacientes queimados. Os transtornos causados pelos queimados não se limitam às lesões produzidas no momento do trauma, portanto o acompanhamento ao paciente após a sua alta é fundamental. Baseado no trabalho desenvolvido pela Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte será apresentado um estudo de caso de um paciente que foi acompanhado após a internação na enfermaria deste hospital.

A análise deste estudo tem como propósito demonstrar um acompanhamento psicológico, não só demonstrando a importância do psicólogo para um paciente queimado assim como expondo o processo subjetivo trilhado pelo paciente após sua internação na enfermaria do hospital.

Assim que o paciente chega no hospital é internado na enfermaria onde são realizados procedimentos como: curativo, enxerto, desbridamento e banho. Quando uma pessoa se queima, a proteção natural contra infecções e bactérias, a pele, deixa de existir. Então o paciente fica exposto sendo necessário o banho, quase diário, para a retirada de tecidos necrosados e limpeza do local da queimadura. O curativo geralmente é realizado após o banho, para que seja avaliada evolução do tratamento. O desbridamento é um procedimento cirúrgico para a retirada de tecidos necrosados e o enxerto é o transplante de tecido saudável para o local da queimadura.

Todos estes procedimentos são extremamente doloridos e muitas vezes deixam cicatrizes não só no corpo físico. A queimadura e o tratamento são extremamente doloridos, tanto fisicamente quando psiquicamente. Muitos dos pacientes não recuperam o corpo que tinham antes do acidente, experimentando a morte do seu antigo corpo. O tratamento psicológico na enfermaria é de acolhimento da dor e sofrimento do paciente. O acompanhamento do desenvolvimento psíquico do paciente é importante para a segunda fase do tratamento, que é realizado no ambulatório.

Após a enfermagem, quando o paciente já não está mais internado, há o tratamento ambulatorial. O paciente volta ao hospital para fazer curativos e ter o acompanhamento psicológico. No ambulatório de psicologia é desenvolvido o trabalho de reestruturação da imagem corporal do paciente. Cada paciente procura recursos para se reestruturar da morte vivida pelo acidente, começando uma aceitação do novo corpo e da experiência vivida.

Alguns casos de tentativa de suicídio me chamaram a atenção, pois após a tentativa e o tratamento, o paciente não pensava mais em auto-extermínio. Muitos, após o tratamento psicológico, falam sobre um renascimento. Como se reorganiza a psique depois de um trauma? Um trauma que há a morte do corpo e uma tentativa de aceitação de um novo corpo, muitas vezes com algumas limitações que antes não tinha.

Baseada em perguntas desta natureza e vendo a necessidade de haver uma interação entre estes pacientes, foi organizada uma reunião mensal para os pacientes que estão em acompanhamento ambulatorial. Esta reunião mensal tem temas específicos para que haja interação e apoio entre os pacientes queimados. O encontro começa com um questionamento relacionado com as dificuldades enfrentadas, a dor, e a reestruturação psíquica.

Trabalhando com os pacientes, nesta reunião, foi possível vislumbrar os diferentes desenvolvimentos psíquicos e as diferentes maneiras de aceitar um acidente traumático e que deixa marcas, muitas vezes definitivas. Baseado na capacidade pessoal e no acompanhamento psicológico de pacientes queimados demonstrará um estudo de caso baseado nestas reuniões.

## **2. PROBLEMAS E OBJETIVOS**

O paciente queimado passa por um processo longo e doloroso até sua cura, tanto fisicamente como psiquicamente. Mas, observando os pacientes da unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, pude observar que pacientes que passam pelo mesmo tratamento responde de forma única a cada etapa. A reestruturação do corpo do paciente queimado é um processo subjetivo individual.

A recuperação do paciente queimado depende de não só do tratamento médico, mas também de como este paciente se recupera psiquicamente do acidente. Esta recuperação depende de como o paciente queimado interpreta sua situação, suas emoções e sentimentos em relação ao acidente e ao tratamento.

Nesta maneira, o objetivo deste estudo é mostrar um caso clínico, enfatizando a subjetividade do paciente diante da reestruturação do corpo queimado. Este estudo será baseado em um paciente que passou pela enfermaria da Unidade de Queimados do HRAN. O instrumento utilizado neste estudo será a pesquisa qualitativa, onde a paciente terá liberdade de se expressar livremente possibilitando assim, a análise da subjetividade da paciente.

### **OBJETIVO:**

- Demonstrar e Analisar um caso clínico de um paciente em tratamento na Unidade de Queimados do HRAN.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A QUEIMADURA:

Para maior entendimento do paciente e do processo em que este está inserido, iniciaremos com a explanação do conceito de queimadura e os diferentes graus da lesão. Segundo Serra (1999):

*A queimadura pode ser definida como lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica. Varia desde pequena flictena<sup>1</sup> (bolha) na pele até agressão grave capaz de desencadear um grande número de respostas sistemáticas proporcionais à extensão e profundidade da lesão.(p.197).*

Ou seja, a queimadura é um trauma resultante de uma transferência de energia, geralmente térmica, de um agente agressor para o corpo, com lesões locais e sistêmicas muitas vezes devastadoras. Acomete grande parte da população brasileira de vários estratos sociais, freqüentemente decorrente de negligência ou imperícia de terceiros ou do próprio paciente. O desenvolvimento do paciente internado depende da atitude frente ao tratamento e do conhecimento da importância de cada procedimento médico. Apesar de não termos estatísticas brasileiras, sabemos que nos Estados Unidos da América anualmente 2,2 milhões de pessoas sofrem queimaduras, setenta mil necessitam de cuidados hospitalares e aproximadamente 5.500 morrem em decorrência de lesões térmicas. Destas, mais de 2.500 são crianças. As lesões por queimadura são ainda responsáveis por aproximadamente 10.000 crianças com incapacidades permanentes. As escaldaduras são as queimaduras mais freqüentes naquelas menores de três anos, estando também relacionadas aos casos de abuso infantil. As queimaduras por chamas são mais comuns em crianças maiores de três anos.

Para que os pacientes colaborem com o tratamento médico, é discutida com ele a importância de cada procedimento e sua finalidade. É explicada a importância da alimentação

---

<sup>1</sup> “Coleção localizada de líquido na epiderme, produzida por queimadura”.(Dicionário Aurélio, 1986)

para a reposição da pele perdida no acidente e a importância da pele íntegra, pois segundo Serra (1999) “a pele íntegra constitui um dos mais importantes elementos de proteção do organismo humano no que se refere aos agentes de agressão ambiental”.(p.225). Sendo assim, Serra (1999) esclarece que após uma queimadura o equilíbrio da microbiota é modificado, “permitindo o estabelecimento e crescimento de bactérias patogênicas. A proliferação destas bactérias em ambiente favorável (hospedeiro suscetível) poderá culminar com um quadro de sepse<sup>2</sup>, que é responsável por 75% dos óbitos em pacientes queimados”.(p.200). Sendo necessário o banho quase diário para a assepsia da injúria térmica. Este banho costuma ser doloroso, pois é necessária a retirada de tecidos necrosados e demais impurezas do local queimado. Pois, segundo Serra (1999) “a presença de infecção ou uma grave instabilidade hemodinâmica pode provocar o aprofundamento da lesão, ou seja, uma queimadura de segundo grau superficial pode evoluir para um segundo grau profundo ou terceiro grau”.

Além do banho, o paciente é submetido a outros procedimentos que nem sempre são compreendidos. Serra (1999) explicita que “o principal objetivo do tratamento da injúria térmica é a restauração dos tecidos lesados, seja por cicatrização em segunda intenção ou por auto inércia<sup>3</sup>”. Este é um procedimento doloroso, e é quando o paciente costuma se sentir mais fragilizados. Segundo Serra (1999), “Infelizmente tais processos não ocorrem com a rapidez desejada e, nesse ínterim, diversos transtornos necessitam igual atenção e empenho para que o sucesso terapêutico seja alcançado”. (p199).

---

<sup>2</sup> Infecção Generalizada.

<sup>3</sup> Retirada de uma camada superficial da pele saudável transferindo-a para a área da lesão térmica. Este procedimento é utilizado em queimaduras de terceiro grau.

A pele é um órgão de fundamental importância para a proteção e manutenção do equilíbrio entre o meio exterior e o organismo. A pele confere proteção relativa a traumatismos externos devido sua capacidade moldável e elástica; impede e absorve radiações calóricas e mantém equilíbrio hidroeletrolítico, evitando perdas excessivas de água e eletrólitos; Possui ainda atividade antibacteriana e imunológica.(Serra,1999). Sem a pele a pessoa fica mais suscetível a infecções que é uma das grandes causas de morte de pacientes que sofreram lesões térmicas.

### **3.2 POSSÍVEIS CAUSAS DE QUEIMADURAS:**

Podem-se atribuir dois fatores para as queimaduras dos pacientes internados na unidade de queimados do Hospital Regional da Ana Norte (HRAN): o fator involuntário e o fator voluntário.

O fator involuntário de queimadura é constatado quando a mesma foi causada por um acontecimento acidental. Nessa categoria incluem-se os acidentes com substâncias corrosivas, os acidentes com líquidos combustíveis (como o álcool e a gasolina)<sup>4</sup>, os escaldamentos com algum tipo de óleo usado em frituras ou com líquidos ferventes (como água ou café)<sup>5</sup>, choques elétricos e as tentativas de homicídio.

O fator voluntário é aquele que envolve a queimadura que foi resultante de uma tentativa de suicídio (ou auto-extermínio). Os motivos mais frequentes para o auto-extermínio são: desespero culpa, drogadição ou alcoolismo, surtos psicóticos e maníacos, decepções no amor (principalmente traições).

---

<sup>4</sup> Os acidentes com álcool e gasolina são causados sempre quando o paciente tentou acender algum tipo de fogo, como o das churrasqueiras.

<sup>5</sup> Escaldamentos ocorrem com muita frequência em crianças.

Faz parte da rotina da equipe de psicologia atuante na Unidade de Queimados a entrevista de anamnese dos pacientes (tanto os recém-internados quanto os que já se encontram na unidade há mais tempo). Tenta-se, nessa etapa, levantar a maior quantidade de dados possíveis a respeito da história de vida do paciente. Um dos dados que precisa ser levantado é o histórico do acidente.

Uma característica bastante marcante é que os pacientes que tentam o auto-extermínio oferecem uma resistência maior para descrever como o acidente ocorreu e só o fazem após algumas entrevistas (de fato, quando percebem que a aliança terapêutica for criada. Então, resolvem contar detalhadamente o evento).

Depois de investigadas as circunstâncias da tentativa de auto-extermínio, o próximo assunto a ser explorado é o contexto anterior à lesão, para que um esboço da situação psíquica do paciente seja elaborado.

Nas entrevistas de acompanhamento feitas posteriormente, surgem itens que necessitam serem investigados, tais como os relatos sobre as observações feitas pelos próprios pacientes sobre o que acontece ao corpo deles (sensações, sentimentos, associações) quando relembram a tentativa de auto-extermínio. Grande parte deles apresenta o que é clinicamente chamado de síndrome do estresse pós-traumático.

Muitos pacientes apresentam dificuldades em dormir, pois, além das dores dos ferimentos, ficam receosos de voltar a sonhar com fogo ou com a situação do auto-extermínio. Costumam sonhar com cômodos fechados, que pouco a pouco vão sendo tomados por fumaça, até que surge o fogo e destrói esses cômodos (que são, em geral, quartos que os pacientes têm em suas casas).

A finalidade do suicídio para esses pacientes (de acordo com relatos) é de justamente acabar com todo o sofrimento, tristeza, decepção e culpa. Muitos não sabem o que os levou a escolha do fogo, apenas recordam que o combustível era, no momento, o que estava mais próximo deles.

### **3.3 TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO NA DROGADIÇÃO OU ALCOOLISMO:**

O auto-extermínio de paciente que são drogadictos ou alcolistas ocorre, na maior parte das vezes, depois do uso das substâncias. Motivados pelos efeitos das drogas ou do álcool, os pacientes resolvem concretizar o objetivo de tirar a própria vida.

Em geral, os pacientes drogadictos e alcolistas se encontram em um nível intermediário de dependência e em seu meio familiar as drogas e o álcool já se tornaram motivo de muitas brigas e desentendimentos. Alguns pacientes relatam que tentaram parar de usar as drogas/álcool algumas vezes, mas não obtiveram êxito.

O ciclo de usar drogas – tentar parar – recomeçar o uso, deixa os drogadictos/alcolistas desestimulados. Sentimentos de menos-valia, início de depressão favorecem o uso de grandes quantidades de drogas e, geralmente, sob o efeito destas que os pacientes tentam o suicídio.

### **3.4 TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO NA PSICOSE**

Os relatos de casos de tentativa de auto-extermínio após algum tipo de surto psicótico ou maníaco geralmente envolvem alucinações visuais e auditivas. São comuns as vozes que dizem para o paciente ser parte de um ritual que tem a finalidade de salvar toda a humanidade, mas para que isso aconteça é necessário que ele ofereça seu próprio corpo em sacrifício<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> As vozes ouvidas geralmente são de anjos ou mesmo de Deus.

Outro tipo de conteúdo que surge nos relatos é o de vozes que acusam o paciente de ser uma pessoa suja e que precisa encontrar um meio de purificar seu corpo, de modo que sua alma fique limpa também.

### **3.5 TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO DEVIDO A UMA DECEPÇÃO AMOROSA:**

A maior parte dos pacientes que cometem tentativa de auto-extermínio por motivos de decepção amorosa é do sexo feminino.

Os relatos mais comuns estão relacionados a dificuldades existentes na relação entre os cônjuges como brigas, a existências de amantes, flagrantes de traição e até mesmo o término dessas relações.

### **3.6 A UNIDADE DE QUEIMADOS DO HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (HRAN):**

A Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) trabalha com um atendimento interdisciplinar, ou seja, há a interação entre os profissionais de forma ordenada para que as intervenções de cada profissional sejam coordenadas com o tratamento da equipe. Semanalmente há uma reunião com representantes das áreas envolvidas no tratamento do paciente: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Assistentes Sociais, Psicólogos, Nutricionista e Fisioterapeutas. Nesta reunião é discutido caso por caso dos pacientes internados. Cada profissional passa as informações que a equipe deve saber sobre o paciente e as intervenções adotadas. Estas informações têm como objetivo ajudar os profissionais a ter uma visão mais ampla do paciente para que cada um decida a melhor intervenção para o paciente.

A Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) interna em torno de 250 pacientes anualmente, com a média mensal aproximada de 22 pacientes, sendo que durante os meses de junho a setembro há um aumento de 60%, com média de internação de 35 pacientes. Em média são 60% dos pacientes do sexo masculino e 40% pacientes do sexo feminino. Aproximadamente 60% dos pacientes são de outros estados e 40% são pacientes do Distrito Federal. As causas de acidentes térmicos são variadas, mas 85% dos casos são em decorrência de causas evitáveis por negligência ou por imperícia de terceiros ou do próprio paciente. As extensões das queimaduras variam sendo 35% dos pacientes são considerados pequeno queimado, 33% médio queimado e 32% grande queimado. A média de mortalidade hospitalar é de 5% dos casos internados. Os acidentes são provocados em média de 35% por líquidos inflamáveis como álcool, gasolina, querosene, acetona, óleo diesel, etc. e 30% de líquidos quentes como água, café, leite, e outros. (Dados obtidos do banco de dados da Unidade de Queimados do HRAN, 2004).

### **3.7 O PSICÓLOGO HOSPITALAR**

No hospital, o psicólogo tem a função ativa e real, que não puramente interpretativa, mas que corresponda a dados da realidade prática que compõem o vínculo. É a função do psicólogo compreender os fenômenos intrínsecos das relações, conhecer as relações do paciente, orientar familiares e profissionais, ouvir várias pessoas da mesma família, etc. Muitas vezes, encorajar o paciente terminal faz parte da realidade prática e da necessidade do tratamento.

Hospitalizar-se significa recolher-se em um ambiente frio, impessoal e ameaçador. É sempre uma opção feita por necessidade e muitas vezes em emergência, sob um clima de expectativas e até medo. Implica sempre em uma interrupção do ritmo comum de vida, seja por curto ou longo prazo. Toda uma cadeia de hábitos e condicionamentos sofre alterações em maior ou menos escala. O hospital é um local que dificulta o atendimento psicoterapêutico,

pois exige flexibilidade dos profissionais da saúde mental. Pois o paciente estando em tratamento constante, dificulta a privacidade com a entrada de médicos e outros profissionais, dificultando o vínculo do paciente e um terapeuta e dificultando a fala de emoções do paciente. Os procedimentos cirúrgicos muitas vezes dificultam o atendimento, pois o paciente volta das cirurgias sem condições de falar ou se expressar devido às anestésias e outros remédios. Mas mesmo com estas dificuldades, é possível estabelecer um vínculo com o paciente e atendê-lo no leito do hospital. As orientações à cerca do tratamento ajudam a nortear o paciente e a estabelecer um clima de confiança.

### **3.8 A FUNÇÃO DO PSICÓLOGO NA UNIDADE DE QUEIMADOS**

A recuperação de um paciente com uma lesão grave de queimadura é um processo lento e doloroso. No tratamento das queimaduras é costume dar maior ênfase aos aspectos físicos da queimadura para conservar a sobrevivência e o bom funcionamento após a queimadura. Cooper, 1993, afirma que os aspectos físicos da queimadura são cruciais, mas os aspectos psíquicos também o são. Ambos os aspectos devem ser tomados conta durante o tratamento para que o paciente retorne a sociedade com todas as funções de um ser humano.

Segundo Tarrier (1995) nas últimas duas décadas houve um aumento na taxa da sobrevivência dos pacientes com queimaduras muito severas. Isto destacou como as reações psicológicas poderiam contribuir à qualidade de vida destes pacientes. Alguns autores (por exemplo, Konigova & Pondelicek, 1987) sugerem que os fatores psicológicos podem contribuir à probabilidade da sobrevivência e da recuperação.

O tratamento do paciente que sofreu uma queimadura desencadeia, quase sempre, uma desorganização emocional que promoverá uma reestruturação da vida da vida psíquica pós-traumática. Os acidentes com queimaduras ocorrem frequentemente sem que haja um aviso prévio. O acidente muda a vida da pessoa sem aviso, drasticamente. O tratamento da

queimadura é longo e a dor é constante. Os procedimentos para a recuperação do paciente envolvem vários procedimentos cirúrgicos e a reabilitação é longa. Os pacientes feridos nesta maneira podem enfrentar a possibilidade de ficarem desfigurados ou incapacitados permanentemente, havendo assim um rompimento social, familiar e aspectos vocacionais de sua vida. O termo ‘Morte social’(apud McGregor,1982) foi inventado para descrever os efeitos devastadores e desconfigurantes dos ferimentos da queimadura.(Tarrier, 1995).

O paciente queimado se depara com um acontecimento real que deforma seu corpo biológico deixando-o impossibilitado e a mercê de outras pessoas. A hospitalização, a perda da pele íntegra, a dor, desarmonizam o paciente que, geralmente, antes da queimadura, tinha planos e vivia em certa harmonia. A queimadura causa a angústia da interrupção do trajeto que o paciente antes tomará. Coloca-o entre a vida e a morte em uma situação de dependência e sofrimento. (Cooper, 1993).

A regeneração do corpo, o término do isolamento e a re-inserção social depende do processo de subjetivação e elaboração de cada paciente queimado. Após a alta, o paciente retorna ao contexto familiar e social que estava inserido antes do acidente. Entender este contexto é muito importante para se planejar a maneira adequada de tratamento hospitalar e o acompanhamento após a alta. As lesões deixadas por queimaduras alteram repentinamente o caminho e a vida do paciente e da família da vítima. Habitualmente é uma experiência que requer novas habilidades para enfrentar e envolve emocionalmente toda a família da vítima. (Cooper, 1993).

Nós nos reconhecemos através de nosso corpo. Quando este é deformado de repente, é difícil olharmos no espelho e nos reconhecer imediatamente. O corpo deformado não é mais o mesmo, é outro, um corpo que deve ser aceito pelo seu dono para ser reconhecido. A pessoa cujo corpo foi deformado vive o luto, a morte do seu corpo anterior para aceitar seu novo corpo. “Nosso corpo é a nossa vida, é nossa possibilidade de interagir com a terra, o ar, a água e o fogo, é a nossa porta de saída para o outro e o mundo, é a possibilidade do outro chegar em nós”. (Beatriz Pinheiro, 2002).

E quando há marcas em nosso corpo de uma história que se quer esquecer? Muitos dos pacientes queimados carregam marcas no corpo de violências feitas pela própria pessoa ou por outros, como por exemplo, tentativas de auto-extermínio ou brigas familiares. Ao se olharem, deparam-se com lembranças que gostariam de esquecer.

Nesse sentido, corpo é considerado e definido além do físico, bem como o jeito de ser que individualiza e se expressa através de posturas e atitudes corporais. “Nosso corpo é a expressão de nossa forma de viver, de tudo que já vivemos de tudo a que foi necessário nos submetemos durante a vida. Ele carrega, impresso em si, cada contato que tivemos com o mundo externo. Nosso corpo é a memória viva de toda nossa história”. (Beatriz Pinheiro, 2002).

Segundo Cooper, 1993 durante a etapa aguda do tratamento as respostas emocionais dos queimados incluem: angústia, regressão, ira, temor e depressão. O paciente manifesta angústia extrema e dor. É comum observar psicose de queimadura, caracterizada por confusão sensorial e padrões irracionais de pensamento, em especial após episódios sépticos<sup>7</sup>.

Outra questão importante para Cooper, 1993, é que a regressão é um sintoma que está sempre presente entre os pacientes com queimaduras. A regressão nas crianças, com frequência se mostram mais dependentes e com uma maior demanda, este sintoma não é tão notável em adolescentes e adultos. Habitualmente os pacientes com queimadura estão conscientes e lúcidos a maior parte da sua estadia no hospital, mas seus processos cognitivos sofrem regressão.

### **3.9 O GRUPO:**

Esse grupo pode ser definido como espaço de convivência como a subjetividade de cada indivíduo do grupo ajuda para que cada um perceba as semelhanças e as diferenças, proporcionando que vislumbrem uma alternativa para o sofrimento e aceitação do corpo.

O grupo tem dois grandes momentos:

---

<sup>7</sup> Infecção generalizada.

O “despedaçar o corpo” - Fase inicial, na qual cada participante quer, mas não tem coragem suficiente para se entregar ao novo, junto com outras pessoas, nas quais elas ainda não sabem se poderá confiar, se elas serão pessoas idôneas para recebê-lo e para conter o que lhes confiar;

O de “restaurar o corpo” - Momento a partir do qual tudo flui: conquistada a confiança nos outros, a segurança de poder ser quem se é, e ao mesmo tempo estar no grupo; é possível tocar no que é ruim e assimilar este pedaço, para se dedicar à construção do que é bom; ligar, religar e fortalecer as relações, experimentar a transformação e as mudanças. (Beatriz Pinheiro, 2002).

É justamente por isso que o psicólogo em uma instituição pública atua basicamente nas enfermarias da Unidade de Queimados e nos seguintes Ambulatórios: Pacientes Seqüelados por Queimaduras e funcionários da área de saúde relacionados à unidade de queimados.

### 3.10 A SUBJETIVIDADE

Para se compreender a subjetividade deve se entender a psiquê individual como sendo parte de um todo, ou seja, de um sistema sócio-cultural e interpretações individuais. Para montar o cenário de uma pessoa, deve se compreender o contexto em que esta está inserida, assim como compreender o modo como ela interpreta o que acontece neste contexto. Segundo Morin, (1993) apud Pena-Vega (2003) “Embora possamos distinguir as partes em todo sistema vivo, a natureza do todo é sempre diferente da simples soma de suas partes”.

Interpretando esta frase, Morin, (1993) apud Pena-Vega (2003) comenta:

Quanto mais um sistema vivo é autônomo, mais é dependente do ecossistema; de fato, a autonomia supõe uma grande riqueza de relações de toda espécie com o meio-ambiente, isto é, dependente de inter-relações, as quais constituem exatamente as dependências que são as condições da relativa independência. (p.33)

Ou seja, a subjetividade é de natureza complexa com um caráter sócio-histórico. A compreensão da psique individual reflete o cenário social e cultural da pessoa. Morin propõem a divisão das partes para o estudo do todo, mas não esquecendo que uma parte depende da outra e que a soma delas é diferente do todo.

Para que a psicologia fosse reconhecida como ciência, tentaram-se vários métodos para medir, separar e comparar o comportamento e reações humanas. Às vezes ignorando a complexa subjetividade humana.

Considerando o tema da saúde na psicologia, levar em consideração a subjetividade individual, pode esclarecer sintomas físicos e psicológicos de pacientes em hospitais. Segundo González Rey (2004), “A saúde,..., é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis”.

Os sistemas de significação diferenciados entre cada indivíduo, garantem emoções diferenciadas e vivências de experiências semelhantes de modo único. Sartre (1987) apud Rey (2004) “(...) a emoção significa, à sua maneira, o conjunto da consciência ou, se nos situamos no plano existencial, da realidade humana”.(p.83) Assim com para a emoção, a dor também é um processo único e individual.

A dor corporal, segundo Nasio (1997, p.93), “é o afeto experimentado pelo eu quando, ferido, comocionado, ou rememorando uma dor antiga, ele faz o esforço de superinvestir a imagem da parte dolorida”. Nesta citação, Nasio expressa possibilidades de surgimento da dor. A dor corporal pode não só quando se é ferido, mas também por emoções ditadas por uma história e uma interpretação individual. Ou seja, por experiências anteriores, história individual, a pessoa pode reviver uma dor sem ter ocorrido o trauma novamente, assim como emoções podem criar uma dor que não existia previamente. E a emoção não só pode criar uma dor como pode intensificá-la.

Na Unidade de Queimados do HRAN pude observar em vários pacientes o aumento da dor um pouco antes do banho. Alguns pacientes relatam que sentem as dores da queimadura se intensificarem ao pensar neste procedimento. A emoção influenciando a dor é evidente no paciente queimado. A mudança corporal e os procedimentos repetidos muitas vezes influenciam para a intensificação da dor do paciente queimado. Alguns relatam não se reconhecer ao se verem no espelho. Esta emoção altera a percepção sobre as queimaduras do corpo. González Rey (2004) afirma que “O aparecimento de uma emoção compromete, de forma orgânica, o momento constitutivo atual da subjetividade e a qualidade de interações presentes no sujeito, que caracterizam o ambiente no qual a emoção aparece”.(p.84)

#### A FAMÍLIA E A SUBJETIVIDADE

Segundo González Rey (2004) “A família é o grupo no qual o homem expressa sua maior intimidade e espontaneidade, visto que, como grupo, ela dispõe de uma larga margem de liberdade para definir seu próprio sistema de normas, estilo de vida etc”.(p.29) Sendo assim, é neste grupo familiar que o indivíduo tem apoio e se estrutura emocionalmente, moralmente e socialmente. A família, por estar inserida em uma sociedade com valores

culturais, passa para o indivíduo estes valores culturais situados historicamente. Sendo a família um grupo onde o indivíduo se forma, em momentos de dor e sofrimento, é natural que se procure este lugar familiar, ou seja, queira estar com pessoas que se tem mais afinidade na família.

Na Unidade de Queimados do HRAN, a família é requisitada para acompanhar um paciente quando o paciente é menor de idade, quando a causa da queimadura é uma tentativa de suicídio, quando o paciente é idoso ou portador de alguma deficiência mental. Por ser uma Unidade com alto risco de contaminação e uma das principais causas de morte, do paciente queimado, ser de infecção, a Unidade de Queimados é uma área restrita. Há também uma outra indicação para acompanhamento de familiares ou um responsável ao paciente, quando o paciente apresenta depressão ou algum distúrbio psiquiátrico que possa atrapalhar o tratamento do paciente queimado.

Nos relatos dos pacientes, a presença de uma pessoa da família costuma aliviar a dor do tratamento, assim como os deixa mais à-vontade para seguir o tratamento necessário.

#### 4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ENFERMARIA DA UNIDADE DE QUEIMADOS

O objetivo do psicólogo na enfermaria da instituição pública é atender pacientes queimados, fornecendo suporte emocional para o seu engajamento no tratamento e para acelerar o processo de recuperação através da melhoria da qualidade da internação. Aos adultos o psicólogo ajuda a mobilizar recursos emocionais para o paciente elaborar o acidente e aceitar o tratamento. Às crianças o psicólogo ajuda a fornecer orientação para a mãe (ou acompanhante) para cooperar no tratamento ajudando a criança a suportar a dor e sofrimento causados pela queimadura.

É feita também uma avaliação psicomotora para diagnosticar alguma situação de dificuldade enfrentada pela criança no desenvolvimento. Muitos pacientes, em função da dor perdem a fome ou não entendem a necessidade de uma boa alimentação após a queimadura. É importante que os profissionais expliquem a importância de uma boa alimentação. Após a queimadura, o corpo entra em um processo de hipermetabolismo, caracterizado por um aumento sensível no gasto de energia. Uma boa dieta é essencial para que o paciente tenha calorias suficientes para prover ao seu corpo a energia necessária, principalmente das proteínas que estão relacionadas para a restauração do tecido lesado. Um paciente acometido por queimadura pode precisar do dobro da quantidade de proteínas que um adulto saudável consome. É imprescindível que o paciente tenha uma dieta hiperprotéica, hipercalórica, além de consumir adicionalmente minerais e vitaminas. (Burn Care REGOJO 2003) Muitas vezes cabe ao psicólogo explicar esta necessidade e ajudar o paciente a esforçar-se a se alimentar.

A dor para um paciente queimado é, muitas vezes, constante e a analgesia insuficiente. É compreensível que a dor pode ser difícil de tratar. O trabalho de toda a equipe de profissionais é a chave do controle da dor assim como a reabilitação mental e emocional. “É no momento do banho e dos curativos diários que o paciente se encontra na condição de maior fragilidade perante a dor. Para a criança e alguns adultos, não é possível entender o valor curativo do tratamento entremeadado de tanta dor”.(Costa, 1999, p. 227).

Quando algumas mães começam a ficar mais fortalecida para ver a queimadura do filho, começam também a participar do banho, tendo inclusive condições de ajudar no procedimento, falando com o filho e satisfazendo-o em sua necessidade de proteção, apego, traduzindo o tratamento para a criança, sendo possível tolerar a dor trazida a um grau suportável. A ambigüidade de tratar do ferimento, mas com isso causar uma grande dor é vivida pelo “cura-dor”, que realiza tais procedimentos, que se sente muitas vezes causador do sofrimento da criança, daí a importância da saúde mental destes cuidadores para suportarem essa árdua tarefa. (Costa, 1999, p. 228).

Costa (1999) enfatiza que:

*A dor do banho; a dor da angústia; a dor em si; a dor pela hospitalização prolongada; a dor da dependência; a dor do abandono pela rejeição ou o medo desta; a dor de auto-agressão misturada à culpa e autopunição; a dor da vida de não habitar seu corpo; a dor do futuro, da volta ao meio social com marcas inscritas no corpo. A dor vem lembrar a todo instante as marcas do ato (p.228).*

Por isso é importante que, além do gemido da dor, a criança possa nos trazer a palavra, verbalizar a difícil realidade à qual está submetida e perceber-se sujeito no alívio desta dor.

As conseqüências psicológicas em muitas crianças severamente queimadas incluem problemas comportamentais, competência atlética diminuída (nos meninos), dificuldades em interações sociais, e rendimento acadêmico pobre (Apud Blakeney et al., 1993); imagem corporal distorcida, baixa auto estima, medos excessivos, agressividade, e queixas de sumarizações neuróticas (Herndon et al., 1986); desordens ou pesadelos profundos do sono (Apud Gottschlich et al., 1994; Kravitz et al., 1993); e desordens postraumáticas do stress, e sintomas depressivos crônicos (Apud Stoddard, Normando, & Murphy, 1989). Entretanto, não todos os relatórios são assim negativos: Apud Knudson-Knudson-Cooper (1984) relatou que sua amostra de crianças queimadas mostrou "o ajuste emocional geralmente bom e auto-estima normal" (p. 52). Apud Konigova (1992) relatou que os indivíduos que tinham perdido a esperança que segue a desfiguração facial também experimentaram perdas da identidade e da vitalidade, mas outros investigadores não encontraram nenhuma relação entre o grau de

desfiguração e uma adaptação mais atrasada (Apud Riis, Andersen, Pedersen, & Salão, 1992).(Holaday, Margot, McPhearson, Ruth, 1996, p.01).

Os fatores que contribuem à aflição nos pacientes queimados foram conhecidos por muitos anos. É importante reconhecer cada elemento e tratá-los apropriadamente. Algumas ansiedades específicas que afligem os pacientes queimados e que podem contribuir à experiência da dor são: circunstâncias familiares, problemas financeiros e situações similares a essas considerações podem aumentar a tensão e adicioná-la a dor. Junto a estes sentimentos há uma impotência sentida por estes pacientes por se submeterem a tratamentos demasiadamente dolorosos. (Judkins,1998, p.134)

Em sua revisão, Kolman (1983) cita o delírio como o problema psiquiátrico mais comum em pacientes hospitalizados por queimaduras. A severidade da queimadura pareceu ser um fator importante: quanto maior a queimadura mais elevada à probabilidade do delirium. A depressão é também freqüente nestes pacientes, embora as estimativas da incidência fossem confundidas pelas definições diferentes o que constituíram a depressão e os métodos se usam para avaliá-la. As estimativas variaram de 38% a 61% dos pacientes que experimentam algum tipo de depressão.(apud Klein & Charlton, 1980; Berini-Marzouk, Giacalone & Thieulard, 1981). Uma distribuição similar foi encontrada também na ocorrência da ansiedade (apud Khoosal et al., 1987). Outros problemas relatados geralmente nestes pacientes hospitalizados eram: reações do stress, ansiedade e desordens comportamentais do paciente, freqüentemente envolvendo baixa conformidade interferindo geralmente prejudicando sua recuperação. Muitos que se queimam tem um choque emocional por causa de sua experiência traumática. Pensamentos e imagens intrusas sobre o acidente da queimadura, as predições catastróficas sobre o futuro, distúrbios do sono, pesadelos, flashbacks é uma propensão dos pacientes queimados.(Terrie, 1995). O tratamento psicológico consiste em ajudar o paciente queimado a resignificar a dor psíquica e o trauma do acidente através da fala. Além que esclarecer o tratamento para que o paciente entenda os procedimentos que estão sendo realizados.

Na Unidade de Queimados do Hospital regional da Asa Norte (HRAN) o psicólogo

tem uma rotina mais ou menos pré-estabelecida. O psicólogo tem acesso aos prontuários dos pacientes, então a rotina começa colhendo dados das novas internações, analisando os dados dos prontuários, como a causa do acidente e perguntando aos médicos presentes se há algum caso específico a ser analisado ou se há alguma alta prevista. Após análise prévia dos casos, o psicólogo visita cada paciente fazendo a intervenção necessária.

Na primeira entrevista do a um paciente internado, o psicólogo deve seguir um roteiro de anamnese pré-estabelecido. O psicólogo deve investigar a causa do acidente, se o paciente já foi internado antes, se tem alguma outra deficiência de saúde mental ou física, situação social, como, por exemplo, onde mora e qual o cargo empregatício que ocupa, situação familiar, como, por exemplo, casado, solteiro, com quem mora, a origem do paciente, dados pessoais, e no caso de crianças verificar o desenvolvimento físico e cognitivo. É também importante verificar as dificuldades que o paciente está enfrentando ao ser internado como se está conseguindo comer, dormir assim como verificar os sentimentos em relação à internação e ao acidente.

Na enfermaria é discriminado o paciente que necessita de Psicoterapia daqueles que precisam de Acompanhamento. É feita a seleção de pacientes com distúrbios psicopatológicos anteriores ao acidente (tentativas de suicídios, mães negligentes e sem vínculos fortalecidos com os filhos). E é Proposto acompanhamento prevenindo distúrbios emocionais providos pela intervenção (potencialização de patologias já existentes e não desencadeadas até o paciente). É fornecido suporte emocional, atendimento diário (frequente) com pacientes diagnosticados com distúrbios. E é realizado o atendimento a família e acompanhantes. Após a alta da enfermaria, o paciente é convidado a participar do ambulatório de psicologia dos queimados e dos grupos de convivência.

Os atendimentos realizados por psicólogos de uma instituição pública na Unidade de Queimados estão divididos em atendimento na fase aguda, o período de internação na enfermaria. Esta é uma fase crucial onde o paciente muitas vezes, está lutando para sobreviver. O atendimento ambulatorial, realizada quando o paciente sai da enfermaria e volta uma vez por semana para fazer o curativo e para fazer o tratamento psicológico. O paciente

está na fase de recuperação. Nesta fase também são realizadas reuniões mensais com vários pacientes com seqüelas de queimaduras e suas famílias. Estas reuniões promovem a interação dos pacientes com outros pacientes que passaram por situação semelhante promovendo a troca de conhecimento e a discussão aberta entre o paciente a família para o esclarecimento de possíveis dúvidas quanto ao acidente ou tratamento. Esta reunião também conta com a colaboração além da Psicóloga da Unidade de Queimados, da Assistente Social, Psicóloga Familiar, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Outro atendimento realizado pelo psicólogo em uma instituição pública é o atendimento ao profissional da saúde, como enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Em grupo mensalmente ou individual semanalmente.

A queimadura é um acidente de graves conseqüências e, geralmente, causa um grande impacto na estrutura da família. (Silva, 1999, p.197). O tratamento é longo e doloroso. O paciente sofre uma morte simbólica, a perda da pele íntegra, da imagem anterior. Na enfermaria, ou seja, na fase aguda do tratamento do paciente queimado, há a necessidade de tratar o paciente tanto fisicamente como psiquicamente. O paciente sofre uma ruptura do antes do acidente para o depois do acidente. Geralmente este paciente tinha planos, relações sociais e profissionais de é rompido bruscamente pelo acidente da queimadura. A pessoa após o acidente a pessoa é colocada em uma situação objetivada de dependência, em um quadro de dor e sofrimento. (Costa, 1999, p.225).

Quando o paciente chega ao hospital a dor psíquica do paciente não é simbolizada. É uma dor adimensional, além da dor física. O psicólogo ajuda o paciente a simbolizar esta dor através das palavras e do choro para que seja no mínimo suportável sua estadia no hospital e para que o paciente consiga cooperar com o tratamento que lhe causa ainda mais dor.

Na enfermaria o tratamento varia de acordo com as causas do acidente, com a faixa etária do paciente, com deficiências cognitivas, estruturas psicológicas, etc. O tratamento com crianças na enfermaria é realizado, principalmente, com o acompanhante da criança. O acompanhante é orientado a dar apoio a criança, lembrá-la que a dor causada no tratamento é passageira e que após o tratamento ela ira sair da enfermaria. As crianças geralmente não têm muita noção de tempo, achando que a dor irá permanecer para sempre, lembrá-las de que é

temporário e dar espaço para que falem desta dor é fundamental para a reestruturação psíquica da criança queimada.

Após a alta da enfermagem o paciente entra em um tratamento ambulatorial, o paciente volta ao hospital para acompanhamento da seqüela e curativos. No tratamento ambulatorial de psicologia, o paciente recebe ajuda para se reestruturar e reabilitar socialmente. O psicólogo ajuda o paciente a aceitar o novo corpo após o acidente, muitas vezes com seqüelas, mutilações ou limitações motoras. É freqüente um período de angústia e depressão à medida que o paciente inicia o processo de reassumir sua vida fora do hospital. (Cooper, 1993, p.645).

A falta de explicação para um ato tão desconcertante como a tentativa de auto-extermínio costuma abalar alguns profissionais da saúde que atendem estes pacientes. As discussões realizadas nas reuniões mensais ajudam a esclarecer as possíveis causas de uma tentativa de suicídio assim como também ajuda ao profissional da área de saúde saber como ele pode estar ajudando melhor o paciente. Ao receber alta do hospital, o paciente que tentou o auto-extermínio voltará às adversidades que o levou a cometer o ato. O paciente que tentou suicídio pode estar mais propenso a uma nova tentativa.

É imprevisível como cada pai irá reagir ao acidente envolvendo o filho. Muitas vezes os pais tentam compensar o acidente tirando não impondo limites ao filho. Ou para proteger a criança, impõem limites em demasia impedindo o desenvolvimento saudável da criança. A reação dos pais é de fundamental importância para a reestruturação emocional da criança queimada.

Um outro caso tratado no ambulatório de psicologia é em relação ao casal. Muitos problemas conjugais podem surgir a partir de um acidente térmico. É investigado se já havia um problema conjugal antes do acidente e como está sendo processado o acidente para o casal.

Na internação o paciente que foi vítima de queimadura sofre uma mudança brusca como a separação da família, o corte feito da vida antes da queimadura para a vida depois da queimadura. A função do psicólogo é ajudar o paciente a elaborar e aceitar o acidente e

cooperar com o tratamento que o paciente é submetido. Este tratamento é longo e doloroso, a manipulação do corpo é constante, há muitos procedimentos dolorosos que o paciente desconhece sua finalidade, dificultando assim a cooperação e o tratamento do paciente.

Após o tratamento na enfermaria o psicólogo deve ajudar o paciente a retornar ao convívio social fora do hospital, pois o tratamento dos pacientes queimados não termina quando a seqüela esta curada, e sim quando o paciente se aceita com as cicatrizes do corpo. O tempo que cada paciente leva para a aceitação de seu novo corpo depende inteiramente de seus processos subjetivos.

Além do ambulatório destinado aos pacientes com seqüelas de queimaduras, também há o grupo de convivência onde o psicólogo, junto com uma equipe composta de Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Fisioterapeuta procuram discutir e ajudar o paciente e a família do paciente a aceitar e elaborar o acidente. O grupo facilita a troca de experiência proporcionando novas possibilidades de vida a cada paciente. Espaço de elaboração da dor e do sofrimento causados pela queimadura e rompimento desses pacientes com a vida.

Também é função do psicólogo acompanhar as equipes de profissionais da área de saúde ajudando com possíveis dificuldades em tratar determinados pacientes, ou ajudar a diminuir o stress sofrido por estes profissionais para que consigam cuidar melhor dos pacientes e terem uma melhor qualidade de vida.

#### 4.1 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO AMBULATÓRIO DA UNIDADE DE QUEIMADOS

O ambulatório de psicologia tem como objetivo garantir a continuidade do tratamento através do processo de reabilitação emocional. O atendimento psicológico ambulatorial atende pacientes na fase crônica da queimadura.

Algumas pessoas que tem seqüelas de queimaduras correm o risco de desenvolver certas psicopatologias, em particular depressão e ansiedade. O consumo de álcool ou outro abuso de substância pode ocorrer após a queimadura. O impacto psicológico do ferimento causado pela a queimadura é agravado pela experiência do acidente traumático e o tratamento prolongado e doloroso durante a hospitalização, e a introdução na sociedade com o corpo deformado pela queimadura. Não há linearidade entre a severidade da queimadura e o desenvolvimento de problemas psicológicos.(loey & Maarten, 2003, p.269) Para alguns pacientes algo que não o afeta, afeta profundamente uma outra pessoa. Cada caso de acidente com queimadura deve ser tratado de forma singular.

As crianças e os adolescentes que experimentaram queimaduras severas são geralmente rejeitadas, tratadas cruelmente, ou ignoradas completamente (apud Bernstein, O'Connell, & Chedekel, 1992; Herndon et al., 1986). Além disso, os povos fazem freqüentemente suposições sobre a inteligência das pessoas com cicatrizes associando a personalidades psicopatológicas(apud Bogaerts & Boeckx, 1992). Porque a ameaça de reações públicas negativas existe em todo o ambiente, incluindo a escola, parques, igreja, ou shopping, as crianças com queimaduras severas aprendem rapidamente que alguma interação com parte externa da sua própria unidade social pode ser uma experiência dolorosa. Muitos se protegem com a retirada social e a isolamento (apud Holaday & Blakehey, 1994; Holaday & Whittenberg, Masur, & Morgan, 1983). Esperar tais observações críticas e feedback negativo de outro, conduz aos sentimentos de vergonha, isolamento e baixa auto-estima pode ocasionar morte social (apud Konigova, 1992). Mas o fator o mais importante que afeta a elasticidade psicológica das crianças é a habilidade de aceitar a sustentação social positiva de pessoas que cuidam da criança e amigos da família, e de ajudantes profissionais (apud Blakeney, Portman,

& Rutan, 1990; Garbarino, Kostelny, & Dubrow, 1991; Holaday & Terrell, 1994; Rhodes & Jason, 1990; Terrell & Holaday, 1993). (Margot, McPhearson, Ruth, 1996).

Algumas crianças apresentam dificuldades de voltar para a escola, alguns adultos apresentam dificuldades em voltar a trabalhar ou até mesmo de sair de casa. O trabalho psicológico no ambulatório visa a melhoria da qualidade de vida destas pessoas que saíram de um acidente traumático e doloroso. No ambulatório o paciente tem a oportunidade de dar um novo significado a morte simbólica que ocorreu com o acidente da queimadura.

Na Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte os pacientes que passam pela enfermagem tem a oportunidade de serem acompanhados no ambulatório de psicologia após a internação. No ambulatório o psicólogo verifica as dificuldades enfrentadas pelo paciente em relação ao acidente e as seqüelas, assim como as dificuldades em retornar ao trabalho, ou com a família ou com algum outro convívio social. No caso das crianças são realizados processos de re-significação do acidente com a criança e uma conscientização dos pais em relação aos cuidados com estas crianças.

#### **4.2 GRUPO DE CONVIVÊNCIA:**

Além do tratamento no ambulatório também é proporcionado aos pacientes seqüelados, um grupo de convivência realizado uma vez por mês para o paciente e a família do paciente. Este grupo é organizado por uma equipe multidisciplinar composta de psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. O objetivo deste grupo é proporcionar um espaço para troca de experiência, convivência e discussão sobre possíveis dificuldades de adaptação após o acidente da queimadura. No encontro mensal dos pacientes com a equipe técnica é estabelecido um tema, para serem trabalhados aspectos psicossociais, como por exemplo: A singularidade do processo de elaboração da dor; O olhar sobre a dor e o sofrimento psicológicos; Desmistificação do preconceito; Reestruturação / reconstrução da

imagem corporal; Socialização; Compartilhamento e reconhecimento do outro como processo de elaboração das conseqüências da queimadura. Criação de um espaço de troca, convivência, compartilhamento e identificação.

Este grupo é baseado nas demandas do paciente queimado em trabalhar a parte social e emocional. No início de cada grupo, é proposta uma questão a ser discutida. Os membros do grupo são ouvidos e é compartilhadas experiências e diferentes pontos de vista sobre o tema.

O grupo ajuda a cada paciente a perceber esta diferença de respostas ao tratamento, facilitando, assim, a ilustração de novas possibilidades diante da queimadura. No processo da fala, os pacientes têm a oportunidade de re-significar o acidente e de acordo com sua subjetividade e encontrar no grupo experiências que possam ajudá-lo nesta re-significação.

O tratamento dos pacientes queimados não termina quando a seqüela esta curada, e sim quando o paciente se aceita com as cicatrizes do corpo. O tempo que cada paciente leva para a aceitação de seu novo corpo depende inteiramente de seus processos subjetivos. Os sintomas que não são relativos à queimadura se manifestaram de acordo com a subjetividade do sujeito, assim como o término do tratamento do paciente queimado.

## **5 CONSTRUÇÃO E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO**

### **5.1 ESTUDO DE CASO**

Este estudo de caso nos permitirá visualizar as diferentes reações de pacientes da enfermaria da Unidade de queimados do HRAN. Nos permite situar o paciente no contexto sócio-familiar assim como visualizar parte da origem do paciente. O estudo de caso permite contextualizar o paciente e a situação em que ele se encontra para melhor estudo de seus processos subjetivos.

#### **SUJEITO**

Paciente com 40% do corpo queimado. Tentativa de homicídio com álcool e fogo. Paciente foi queimada pelo companheiro e está internada na enfermaria da Unidade de Queimados. A paciente sofreu amputação de três dedos da mão direita.

#### **INSTRUMENTOS**

Como a paciente foi internada com uma porcentagem alta de queimadura e também pelas dificuldades enfrentadas para conversar com os pacientes devido aos inúmeros procedimentos médicos e o risco de infecção, para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento de pesquisa, a interpretação e análise dos relatos obtidos nas sessões de entrevistas. Foram observados aspectos tais como:

- ✓ • Identificação da paciente;
- ✓ • Levantamento sobre a história de vida da paciente, fatos importantes e significativos trazidos livremente por ela, e ainda fatos com conteúdos emocionais e subjetivos anteriores ao acidente.

✓ - Levantamento do estado emocional no decorrer do tratamento realizado na enfermaria da Unidade de Queimados. A reação emocional frente à dor do tratamento e o acidente.

O primeiro item visou fornecer alguns dados sobre o histórico da paciente estudada. Tais dados auxiliaram na análise do caso e também preservaram a identidade da paciente, com o intuito de não comprometê-la.

O segundo item visou conhecer um pouco a história de vida da paciente, fatos significativos e com carga afetivas e emocionais, trazidas pela paciente;

O terceiro item visou perceber o envolvimento da paciente com seu tratamento, além de possibilitar analisar os aspectos psicológicos envolvidos nessa fase.

O quarto item visou acompanhar o processo clínico e evolutivo da paciente, bem como os aspectos psicológicos frente a um tratamento dolorido e mutilador. No caso da paciente, houve a mutilação dos dedos da mão direita.

As questões foram baseadas na anamnese realizada pela psicóloga do hospital. As formulações deste roteiro tiveram o propósito de oferecer à pesquisadora o maior número de dados referentes ao tema estudado, possibilitando à paciente a chance de expressar-se e acrescentar às questões propostas, dados que considerou relevante.

#### **AMBIENTE**

O procedimento foi realizado enfermaria do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), em duas sessões semanais, com duração de quinze minutos aproximadamente, durante seis semanas.

#### **REFERENTE A ANALISE DOS DADOS**

As interpretações foram realizadas a partir dos relatos feitos pela paciente com conteúdos trazidos livremente.

Foi realizado um trabalho de escuta para a compreensão da repercussão das contingências sociais e vivências pessoais diante do da modificação do corpo e do tratamento realizado.

A análise interpretativa das sessões permitiu então avaliar o conteúdo consciente manifesto e expresso, e ao mesmo tempo os conteúdos inconscientes a partir dos quais a paciente elaborou seus relatos.

Analisando a entrevista da paciente, foi possível observar que a dor relatada não era apenas física, mas sim, com o tratamento, foi surgindo a dor de ver o corpo deformado e entender que alguém de quem ela gostava tentou matá-la. Esta dor psicológica refletiu no corpo da paciente, deixando seu peito mais dolorido do que o resto do corpo, sendo que clinicamente, seria a parte do corpo menos dolorida.

A fala da paciente permitiu que a paciente expressasse e desse sentido a dor tanto a dor do tratamento como também a dor de ter sido queimada por alguém que ela considerava um parceiro.

As interpretações e a fala da paciente permitiu também a expansão da compreensão da paciente sobre a queimadura e o corpo modificado.

## **APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO**

### **Breve Histórico Da Paciente**

Nome: M.L.S.

Idade: 31 Anos

Sexo: Feminino

Naturalidade: Brasileira

Profissão: Moradora De Rua

Religião: Católica

Estado Civil: Solteira

Genealogia: Dois Filhos

A paciente foi internada em Agosto de 2005 e recebeu alta em Outubro de 2005. Está em tratamento Ambulatorial. Recebeu atendimento psicológico durante o tratamento. Esclarecida, bem orientada, nível sócio econômico classe baixa, aparenta um bom conhecimento cultural, segundo grau completo. Demonstra conduta ansiosa, facilidade em estabelecer contato com suas emoções, angústia, crises de choro, boa autopercepção e auto-expressão.

Acidente: Tentativa de assassinato. A paciente foi queimada pelo companheiro, pai dos filhos da paciente. O companheiro jogou gasolina e fogo no corpo da paciente.

Histórico Familiar: A família está na Bahia. A paciente não tem moradia fixa em Brasília. Relata morar nas ruas e nos estacionamentos guardando carros. Já fez vários cursos profissionalizantes, já teve vários empregos, mas relata que o companheiro fez com que ela fosse demitida.

Vive em Brasília com um companheiro há quatro anos. A paciente relata que quando chegou a Brasília o companheiro a ajudava com as despesas e moradia. O casal teve dois filhos, sendo que o segundo o marido rejeitou ameaçando matá-la se ela tivesse o segundo filho. A Paciente relata que ele ficou violento após o início de uso de drogas. A paciente relata que seu companheiro era carinhoso e a ajudava bastante. Depois começou a ficar violento e a não permitir que ela tivesse um emprego ou lugar para morar. Relata que ele começou a ameaçá-la e ameaçar seus filhos.

## **DISCUSSÃO:**

O tratamento para queimadura é um processo longo e dolorido. Após o tratamento, dependendo da profundidade e extensão da queimadura, não há como restaurar a aparência anterior ao acidente. O paciente experimenta uma morte simbólica do corpo físico. Sendo a queimadura um acidente repentino, há uma ruptura na vida cotidiana da pessoa acidentada. À volta do paciente à sua vida anterior ao acidente pode ser muito difícil, além de fatores psicológicos, devido à mudança de aparência e possíveis mutilações ou perdas de função de membros.

A aparência física é muito valorizada pela sociedade ocidental capitalista atualmente. A mudança de aparência pode influenciar negativamente em relacionamentos sociais e conjugais. Assim como também a perda de função e mutilações pode ser um obstáculo para empregos ou relacionamentos.

O processo de enfrentamento da dor é único. Cada indivíduo vai constituir a sua experiência de enfrentamento da dor de acordo com seus recursos internos. Diante do que pudemos apreender do sujeito M.L.S. nas entrevistas realizadas, discutiremos algumas questões que fizeram parte desse processo de enfrentamento da dor.

Em um primeiro momento M.L.S. demonstrou determinação e ânimo para seguir o tratamento. A paciente entrou no hospital com 40% do corpo queimado e, um dia depois, não conseguia enxergar, pois seu rosto estava muito inchado. Nos primeiros dias de internação apresentou-se animada e disposta. Conseguia verbalizar a causa do acidente sem alterações emocionais, relatava sentir muita dor, mas uma dor suportável. Relatava querer viver. Mas, posteriormente, quando já sem risco de morte, a paciente apresentou dificuldades de enfrentar a dor e o ocorrido. Relatou estar sentindo dores insuportáveis no corpo e principalmente no peito (uma das áreas menos afetadas pela queimadura) e vontade de desistir do tratamento.

M.L.S. pareceu ter bastante fluência verbal e estar disposta a cooperar com o tratamento psicológico e físico. De acordo com seu discurso pode-se dizer que ela é uma pessoa racional e intelectualizada. O impacto do acidente traz a quebra no ritmo de vida, medos que podem estar ligados à consequência do acidente, tanto ao nível real como imaginário, e a confrontação com a própria morte. M.L.S. revelou que estava com medo de que não conseguisse voltar a trabalhar. Segundo Cooper (1993) A queimadura causa a angústia da interrupção do trajeto que o paciente antes tomara. Coloca-o entre a vida e a morte em uma situação de dependência e sofrimento. Segundo M.L.S. Esta dependência dentro do hospital a deixou com medo que dependesse das pessoas para sempre.

“Nunca precisei de ninguém a minha vida inteira. Sempre consegui emprego e dinheiro para mandar para a minha mãe. Agora não sei se vou conseguir trabalhar. Não quero ficar dependente. Quem vai cuidar dos meus filhos”. Os dedos da mão direita da paciente foram amputados por não poderem mais ser recuperado. Quando a paciente ficou sabendo da notícia, ficou mais apreensiva. “Uma das coisas que eu tinha orgulho, era da minha caligrafia. Agora... Terei que reaprender a escrever. Talvez, não poderei fazer os artesanatos que antes eu fazia”.

A aparência para o ser humano é extremamente valorizada. O corpo é como nos apresentamos ao mundo e como nos reconhecemos nele. Uma modificação drástica no corpo pode deteriorar a auto-imagem assim como a paciente pode se sentir sujeita a rejeição. Quanto maior importância a paciente atribui à aparência física, maior o sentimento de perda após o acidente e o tratamento. Quanto à aparência do corpo, M.L.S. relatou que não dava muita importância para a aparência antes do acidente. O primeiro contato com a aparência do rosto no espelho, segundo M.L.S., foi irreconhecível. A paciente procurou tentar reconhecer seu rosto. O contato que a paciente tinha com o corpo era no banho. No início do tratamento a paciente relata não se sentir bem olhando o corpo queimado, mas não relata emoções fortes quanto o olhar para seu corpo. Mas quando o tratamento já estava quase concluído, após as cirurgias de enxertia concluídas com sucesso, a paciente relata não suportar olhar para o corpo no banho. Relata sentir uma dor insuportável quando vai para o banho e olha o corpo queimado. “Embora o meu corpo esteja melhor, sinto uma dor muito forte ao vê-lo. Não

suporto mais o banho. Não suporto mais está dor. Parece está muito pior do que quando cheguei, embora eu esteja melhor”. Quando a paciente foi indagada em relação ao seu pensamento ao ver o corpo no banho a paciente relata a perda do companheiro que ela amava. “Quando olho meu corpo eu não acredito que ele fez isso comigo. Ele não era assim. Ele me ajudou muito quando cheguei à Brasília. Eu não acredito que ele tenha mudado tanto”. A paciente relatou sentir uma dor insuportável principalmente no peito. Ela relata que o peito foi uma das partes do corpo que menos queimou, e que ela não entendia porque doía tanto.

Em função da perda de importantes segmentos corporais, representa na maior parte das vezes, uma pesada sobrecarga, trazendo consigo, a dificuldade do paciente para trabalhar com suas aflições projetando no outro seus medos e suas dificuldades diversas. Não se pode afirmar que a sexualidade de M.L.S. tenha sido diretamente afetada, pois não houve maior aprofundamento em sua abordagem do tema, mas sua auto-imagem ficou alterada pela presença das cicatrizes em seu corpo. O que pôde ser comprovado com o relato da paciente de que não se reconhecia mais ao se olhar no espelho.

Quando a paciente entrou no hospital para tratar as queimaduras, relatou o acidente com precisão sem demonstrar muitas emoções. A paciente relatou que o tratamento estava sendo dolorido, mas que a dor estava suportável. A paciente não relatou qualquer dificuldade em seguir o tratamento sugerido. A paciente entrou para ser internada com 40% do corpo queimado, que é um estado grave. Passou por várias complicações até ficar estável. Fez várias cirurgias, até que depois de dois meses internada fez a cirurgia de enxerto, que é o procedimento para queimaduras de terceiro grau onde se transfere uma fina camada de pele para área queimada do corpo, como já explicado anteriormente. Se a pele doadora aderir ao ferimento, fechando assim a ferida, o paciente, estabilizado, pode continuar o tratamento em casa, recebendo alta hospitalar. Após o sucesso deste procedimento, os pacientes relatam não mais sentir tanta dor, pois as feridas estão fechadas e o paciente estável. M.L.S. comenta que foi nesta fase final do tratamento que sentiu mais dor. Após a cirurgia e o estabilização do quadro clínico, M.L.S. começou a relatar fortes dores no peito, dores, que para ela, eram insuportáveis. M.L.S. relatou que começou a lembrar com extrema dor o acidente. Segundo M.L.S. a dor começou depois do sucesso do último procedimento cirúrgico. Relatou que os

médicos examinaram e não acharam uma causa física para a dor. M.L.S. descreveu o acidente expressando novas emoções, relatou o quanto gostava de seu companheiro e que não acreditava que ele poderia ter feito isso com ela. A paciente relatou também que a dor que sentia era muito maior do que a dor de quando chegou no hospital.

Após vários relatos sobre o acidente e relatos de planejamentos futuros, como trabalho e aprendizados para que escrevesse com a mão esquerda, M.L.S. foi se acalmando. Dois dias depois não havia mais dor, mas, a paciente começou a relatar medo de sair do hospital. M.L.S. relata que tem uma irmã em Brasília, mas que esta irmã não se propôs a ajudá-la. Quem ajudou a M.L.S. Foi uma amiga que ajudou M.L.S. oferecendo a casa para a recuperação da paciente, tratamento ambulatorial e visitando-a em horários de visita. M.L.S. relata que este fator contribuiu para que ela sentisse medo de sair do hospital, pois ela gostaria de poder ficar com alguém da família.

## 6. CONCLUSÕES GERAIS

O exercício de observar e tentar compreender o todo além das partes amplia as possibilidades apresentadas individualmente. As inferências sobre estudos devem ser cuidadosas. Existem inúmeros fatores agindo sobre uma pessoa. O cuidado ao observar um paciente é fundamental, assim como o cuidado com as constatações e inferências. Este estudo prestou-se a uma finalidade de expor um trabalho realizado na Unidade de Queimados do HRAN, assim como um breve estudo de caso onde a paciente sente além da dor física. A dor psíquica que se reflete no corpo.

Em relação a este estudo percebe-se a relação entre a subjetividade e a dor extrema que a paciente sente nos momentos finais do seu tratamento. A uma combinação de emoções, história da paciente, interpretações pessoais e outros fatores culturais e sociais. O ser humano é um todo – fisiologia e psicologia são manifestações de uma mesma totalidade. Assim como as funções fisiológicas estão integradas, também as psicológicas interagem, desenvolvendo funções psineurológicas superiores que ampliam a capacidade humana. Sintetizando, ele é produto de um longo processo histórico, no qual as mediações das emoções, da linguagem, do pensamento e dos grupos sociais constituem a subjetividade: consciência, atividade, afetividade e identidade.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARFAX PUBLISHING COMPANY, Journal of Mental Health. Feb95, Vol. 4 Issue 1, p51, 12p

COSTA, Bruno & Outros. Suicídio por fogo – Experiência de 57 Casos. Revista Brasileira de Queimaduras. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5 – 8, Set./Dez. 2001

GONZÁLEZ REY, Fernando. Personalidade, Saúde e Modo de Vida. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.

GONZÁLEZ REY, Fernando. Sujeito e Subjetividade. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.

LEDOUX, J., & Outros. Relationship Between Parental Emotional States, Family Environment and the Behavioural Adjustment of Pediatric Burn Survivors Burns – Journal of International Society for Burn Injuries. USA, v. 24, n. 5, p. 425 – 432, Agosto. 1998

NASIO, J., D. O Livro da Dor e do Amor. Rio de Janeiro, RJ. Jorge Zahar Editor, 1997

NOVAES, Flavio Nadruz. Humanização e Interdisciplinaridade na UTQ da Santa de Limeira. Revista Brasileira de Queimaduras. Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 33 – 39, Set./Dez. 2003

PENA-VEJA, Alfredo. O Despertar Ecológico: Edgar Morin e a ecologia complexa. Rio de Janeiro. Garamond, 2003

TAAL, L. & FABER, A. W., Posttraumatic Stress and Maladjustment among adult Burn Survivors 1 to 2 years postburn. Part II: The interview Data. Burns – Journal of International Society for Burn Injuries. USA, v. 24, n. 5, p. 399 – 405, Agosto. 1998

TEDSTONE, Josephine E. & Outros, An Investigation of Factors Associated With an Increase Risk of Psychological Morbidity in Burn Injured Patients. Burns – Journal of International Society for Burn Injuries. USA, v. 24, n. 5, p. 407 – 415, Agosto. 1998