

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 19/09/2020.

ABÍLIO REZENDE MACEDO

**A EXPERIÊNCIA DA QUEIMADURA:
implicações subjetivas e socioculturais**

**ASSIS
2018**

ABÍLIO REZENDE MACEDO

**A EXPERIÊNCIA DA QUEIMADURA:
implicações subjetivas e socioculturais**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: José Sterza Justo

Coorientadora: Mariana Dorsa Figueiredo

Bolsista: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, Processo Nº 2016/16289-8)

ASSIS

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

M141e Macedo, Abílio Rezende
A experiência da queimadura: implicações subjetivas e socioculturais / Abílio Rezende Macedo. Assis, 2018. 124f. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr. José Sterza Justo
Coorientador: Dr^a Mariana Dorsa Figueiredo

1. Queimaduras - Complicações e sequelas. 2. Queimaduras - Tratamento. 3. Estigma (Psicologia social). 4. Serviços de saúde. 5. Saúde pública. I. Título.

CDD

614

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

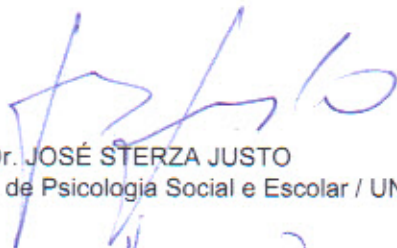
TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DA QUEIMADURA: IMPLICAÇÕES SUBJETIVAS E SOCIOCULTURAIS

AUTOR: ABÍLIO REZENDE MACEDO

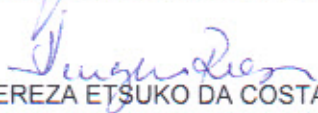
ORIENTADOR: JOSÉ STERZA JUSTO

COORIENTADORA: MARIANA DORSA FIGUEIREDO

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em PSICOLOGIA, área: PSICOLOGIA E SOCIEDADE pela Comissão Examinadora:



Prof. Dr. JOSÉ STERZA JUSTO
Depto. de Psicologia Social e Escolar / UNESP/Assis



Profa. Dra. TEREZA ETZUKO DA COSTA ROSA
Instituto de Saúde / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

(participação não presencial)

Prof. Dr. JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES
Medicina Preventiva / USP/São Paulo

Assis, 17 de setembro de 2018

A Alexandra Bilar Henrique, Elaine Alves e Silmara Andrade e Avelar, que me inspiraram a realizar este trabalho e me acompanharam, ao longo de todo o percurso. Aprendi muito com a determinação e força de vontade de cada uma de vocês.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por sempre me apoiar nas minhas escolhas.

Ao meu orientador, José Sterza Justo, pela prontidão e pelo aprendizado, durante as orientações.

À minha coorientadora, Mariana Dorsa Figueiredo, pelo auxílio ao longo da pesquisa.

Às pessoas que participaram do estudo, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho.

Aos docentes e funcionários da Faculdade de Ciências e Letras - FCL/UNESP Assis, pela atenção e colaboração na execução deste trabalho.

A toda a equipe da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, que me recebeu tão gentilmente e me proporcionou experiências valiosas para a construção do estudo.

Ao Professor Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Dr.^a Tereza Etsuko da Costa Rosa, pelas importantes contribuições que favoreceram o enriquecimento desta pesquisa.

A Fernando Silva Teixeira Filho, Abílio da Costa-Rosa, Silvio Jose Benelli, Wiliam Siqueira Peres e Francisco Hashimoto, professores por que tenho grande admiração e que colaboraram com relevantes sugestões na construção da pesquisa.

A Larissa Oyama, Luiz Philipe Molina Vana, Rosa Irlene Maria Serafim e Cristina Lopes Afonso, profissionais com quem tive a oportunidade de compartilhar inquietações sobre o tema da pesquisa e que, para mim, são referências na atuação em saúde.

A Matheus Viana Braz, Vinicius Cintra Marangoni, Maico Fernando Costa, Roberto Duarte Santana Nascimento, Alexandre Espósito, Matheus Mancuso, pela amizade, apoio e colaboração em todos os momentos desta jornada.

À Fernanda Freire, em especial, pelos anos de companheirismo.

À Faculdade de Ciências e Letras - FCL/UNESP Assis, que, por meio do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, reafirma o seu compromisso com a educação de boa qualidade.

A CAPES e FAPESP, processo nº 2016/16289-8, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), cujo apoio financeiro viabilizou esta pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTQ - Unidade de Tratamento de Queimados

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Atendimento de urgência em grande queimado e tratamento de grande queimado.....	42
Figura 2. Colaboradora 1 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que	47
Figura 3. Colaboradora 2 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.	50
Figura 4. Colaboradora 3 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.....	51
Figura 5. Colaboradora 4 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.....	53
Figura 6. Colaboradora 5 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.....	55
Figura 7. Colaborador 6 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem.....	58
Figura 8. Colaborador 7 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem.....	60
Figura 9. Colaboradora 8 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.....	62
Figura 10. Colaboradora 9 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem.....	64
Figura 11. Colaborador 10 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.....	65
Figura 12. Colaboradora 11 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.....	68
Figura 13. Colaborador 12 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.....	71

MACEDO, Abílio Rezende. **A experiência da queimadura**: implicações subjetivas e socioculturais. 2018. 124f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018.

RESUMO

Os efeitos da queimadura acarretam sofrimentos de ordem física, psíquica e social. Objetiva-se, com o presente estudo, compreender como a pessoa com sequelas de queimaduras percebe e atribui significados à experiência sofrida, bem como levantar as necessidades e demandas que apresentam com relação à assistência em saúde, após a alta hospitalar. Optou-se por uma pesquisa qualitativa, apoiada na abordagem teórica da Psicologia Social e na contribuição de autores do campo da Saúde Coletiva. Trabalha-se com entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente, com 12 participantes, os quais possuíam sequelas de queimaduras e estavam fora do período de internação. Elegeram-se, como foco de análise, os processos de significação e produção de sentido desses sujeitos, por meio de suas narrativas, abordados de acordo com os seguintes núcleos temáticos: circunstâncias de ocorrência de queimaduras, percepções sobre o período de internação, continuidade do tratamento, mudanças de vida após a queimadura, saúde e adoecimento na experiência da queimadura. A ocorrência do acidente térmico se configurou como um trauma físico e psicológico para as pessoas atingidas. Após adquirirem sequelas de queimaduras visíveis, os entrevistados apontaram mudanças no convívio social, implicando problemas relacionados a preconceitos, estigmatizações e discriminações. As pessoas revelaram acentuada dificuldade em continuar seus tratamentos de saúde. No que tange à atenção às pessoas com sequelas de queimaduras, há uma grande fragmentação entre os serviços e pouca comunicação entre as redes, dificultando o acesso dos sujeitos às redes de cuidado que necessitam. É importante que seja dada maior atenção aos problemas de saúde evidenciados por essas pessoas, após o período de internação (fase aguda), e é necessária a oferta de um tratamento integral, considerando-se todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento.

Palavras-chave: Queimaduras – Complicações e sequelas. Queimaduras – Tratamento. Estigma (Psicologia social). Serviços de saúde. Saúde pública.

MACEDO, Abílio Rezende. **The burning experience**: subjective and sociocultural implications. 2018. 124f. Dissertation (Master's degree in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2018.

ABSTRACT

The effects of burns cause sufferings of physical, emotional and social orders. It is expected with this study to understand how the one with burn consequences realizes and attributes meanings to the experience suffered and which necessities and demands are made related to the health assistance after the hospital discharge. It is a qualitative research, supported in the Social Psychology theoretical approach and in the contribution of authors in the field of Collective Health. It was worked with semi-structured interviews, conducted individually with 12 participants, which had burn consequences and were off the internment period. It was elected as the focus of the analysis the processes of signification and meaning production of these individuals through their narratives, approached according to the following thematic axes: circumstances of burning occurrences, perceptions about the period of internment, continuity of the treatment, changing of life after the burn, health and sickening in the experience of the burn. The occurrence of the thermal accident configured itself as a physical and psychological trauma to the victims. After acquiring aftereffects of visible burns, the interviewed pointed changes in the social living, implying in problems related to prejudice, stigmatize and discrimination. People presented an accented difficulty in continuing their health treatments. As it comes to the attention to people with burn aftereffects, there is a big fragmentation between the services and a poor communication between the networks, making the access of people to the healthcare network they need difficult. It is important to be given bigger attention to health problems presented by these people after the internment period (acute phase) and it is necessary the offer of a full-time treatment, considering all the aspects implied in the process of sickening.

Keywords: Burns and Scalds – Complications and Sequelae. Burns – Treatment. Stigma (Social Psychology). Health Services. Public Health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. As queimaduras como foco de pesquisa.....	15
1.2. Sobre o processo de internação.....	18
1.3. Implicações sociais e subjetivas.....	20
1.4. Medidas políticas e assistenciais brasileiras no campo da queimadura.....	20
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. Objetivo geral.....	25
2.2. Objetivos específicos.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1. Tratamento das queimaduras.....	26
3.2. Lesão, formação de cicatrizes e sequelas de queimadura.....	27
3.3. O tratamento integral da pessoa com sequelas de queimadura.....	29
3.4. Processos de saúde-doença.....	33
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1. Procedimento para coleta de dados.....	40
4.2. Aspectos éticos.....	41
4.3. Local da realização das entrevistas.....	41
4.4. Participantes da pesquisa.....	42
4.5. Estratégias de campo e roteiro de entrevista.....	43
4.6. Interpretação do material coletado.....	44
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	45
5.1. Apresentação dos participantes da pesquisa.....	45
5.2. Resultados e discussão.....	72
5.2.1. As circunstâncias de ocorrência das queimaduras.....	74
5.2.2. Percepções sobre o processo de internação.....	79
5.2.3. A continuidade do tratamento.....	82
5.2.4. Mudanças de vida após a queimadura.....	89
5.2.5. Saúde e o adoecimento na experiência da queimadura.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	119
ANEXOS.....	123

APRESENTAÇÃO

O campo de estudo e de atuação em queimaduras se mostra complexo e desafiador. A meu ver, necessita de contribuições e transformações, no âmbito acadêmico e nas práticas de saúde dentro das instituições brasileiras. Além do mais, acredito que as queimaduras trazem implicações muito severas na vida das pessoas atingidas. São questões que, como psicólogo e pesquisador, me instigaram uma forte vontade de aprofundamento no tema. Também devo acrescentar que, a partir desta proposta de trabalho, pude conjecturar a possibilidade de que os resultados obtidos tivessem um retorno para a sociedade e que, de alguma forma, as pessoas que convivem com os problemas devido às sequelas de queimaduras fossem beneficiadas.

O presente trabalho acompanhou um movimento crescente, porém, ainda tímido, da inserção do profissional da Psicologia nas práticas de saúde voltadas à pessoa com sequelas de queimadura e também na própria produção acadêmica sobre o tema, composta predominantemente por contribuições da Medicina.

Partindo da perspectiva da Psicologia Social, busquei abarcar o máximo possível de informações sobre a temática, assim como a compreensão do desenvolvimento histórico do tratamento das queimaduras, no Brasil. Existem poucas publicações que abordaram esse desenvolvimento, contudo, compreendo que é imprescindível, para todos aqueles que buscam iniciar seus estudos sobre o tema, a leitura das produções de Ary do Carmo Russo (1920 - 1991), médico e Doutor em Medicina. Ele foi o responsável pela implantação do primeiro Serviço de Queimados no Hospital das Clínicas da USP, em 1948. Também indico a leitura das produções de Lidia Aparecida Rossi, Professora Doutora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP, USP).

Nesta Dissertação busquei responder às questões que apresentei inicialmente, no projeto de pesquisa, todavia, vale ressaltar que meu envolvimento com a temática foi além da minha proposta de trabalho acadêmico. Com minha inserção na pesquisa de campo, tive a oportunidade de conhecer e discutir o tema com trabalhadores da saúde, cujas contribuições influenciaram significativamente minha visão sobre os desafios colocados pelas queimaduras, nos contextos de trabalho, e cooperaram para minha compreensão sobre a postura ética frente a esses desafios. Foi de grande valia o contato com profissionais membros da Sociedade Brasileira de Queimaduras,

Núcleo de Proteção aos Queimados, Associação de Ajuda às Vítimas de Queimaduras, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá.

Em consonância com o trabalho, tive a oportunidade de participar como Psicólogo voluntário do primeiro acampamento voltado a crianças e adolescentes sobreviventes de queimaduras, no Brasil, realizado em junho de 2017. Também aceitei com muita satisfação o convite de participação no Conselho Científico da Associação Nacional dos Amigos e Vítimas de Queimaduras (ANAVIQ), a qual teve seu início durante o período da pesquisa de Mestrado.

O contato com parte dos entrevistados permaneceu, mesmo após a realização das entrevistas, tendo muita importância para o desenvolvimento do estudo. Durante o processo de escrita, busquei ser cuidadoso com os termos utilizados, a fim de que não se tornassem ofensivos às pessoas que possuem sequelas de queimaduras. Para diminuir a possibilidade de isso ocorrer, propus para as pessoas mais interessadas na pesquisa, as quais têm sequelas de queimaduras, que lessem partes do trabalho e apresentassem críticas e sugestões a respeito do conteúdo. Quando em contato com as pessoas, procurei abordar os assuntos de uma forma ampliada, não direcionei o trabalho apenas para o que pode ser pensado como patológico ou um infortúnio em suas vidas, ensejando uma certa fluidez, para que também fosse possível captar aquilo que lhes trazia prazer e vibração na vida.

1. INTRODUÇÃO

O atendimento às vítimas de queimaduras possui um razoável desenvolvimento, na área da Medicina, e um razoável suporte hospitalar garantido por políticas públicas, na área da saúde, porém, há uma considerável negligência quanto à atenção às vítimas e serviços de acompanhamento das sequelas das lesões térmicas. No máximo, o que se encontra são cirurgias reparadoras, nos casos de sequelas graves que comprometem estruturas e funções corporais. São poucas as ofertas de serviços de atenção em outras áreas do conhecimento e especialidades tão importantes quanto a da Medicina, nesses casos, tal como a da Psicologia. As sequelas de acidentes térmicos acarretam sérios problemas relacionados a preconceitos, estigmatizações e discriminações, produzindo sofrimentos psíquicos tão ou mais intensos, complexos e desafiadores do que as dores e lesões que acometem o corpo físico. Portanto, o presente trabalho focalizou um problema deveras relevante para a psicologia enquanto ciência e enquanto serviço e atenção especializados no campo da saúde.

Certos eventos históricos mobilizaram a sociedade civil e impulsionaram mudanças do poder público, em relação ao desenvolvimento de medidas que visam à prevenção e assistência de circunstâncias envolvendo queimaduras. Essas circunstâncias vão desde ocorrências domésticas, representativas da maior parcela de registros envolvendo queimaduras, no Brasil (BRASIL, 2012), até mesmo às tragédias de grande repercussão na mídia, como a mais recente, o incêndio ocorrido na Boate Kiss (2013),¹ na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Ambas as circunstâncias, assim como tantas outras situações envolvendo lesões térmicas, podem levar sujeitos que passam pela experiência da queimadura à possibilidade de sofrerem com sequelas funcionais, estéticas e alterações psicossociais (WERNECK; REICHENHEIM; CORPEGIANI, 1995; VALE, 2005; FERREIRA; LUIS, 2002). Observamos, por conseguinte, que os serviços voltados a esse campo devem ser problematizados, juntamente com o impacto significativo que as queimaduras têm na Saúde Pública (BRASIL, 2012).

É escasso o conhecimento sobre os aspectos subjetivos e socioculturais que envolvem as sequelas decorrentes de queimadura, questões que nos parecem

¹ Para maiores informações sobre o evento, sugerimos a leitura do livro *Todo Dia A Mesma Noite*, escrito por Daniela Arbex.

fundamentais para possíveis problematizações dentro do campo da Psicologia Social e da Saúde Coletiva, corroborando as premissas de integração dos serviços de saúde, investimento em recursos e capacitação de profissionais, parcerias intramunicipais e interestaduais e, inclusive, o controle e a participação sociais efetivos das políticas e ações, como preconizado pela estratégia de Humanização no SUS (HumanizaSUS).²

Com o objetivo de conhecer a literatura sobre o objeto de estudo, efetuamos pesquisas em bases de dados nacionais, tais como Scielo, *BVS - Psicologia Brasil*, Index Psi. Foram poucos os trabalhos identificados, com potencial para enriquecer a presente proposta. Dessa maneira, não encontramos materiais de referência que tratassem especificamente do problema apresentado em nosso objeto de estudo.

Existem textos referentes ao período de internação hospitalar e assistência, na área da queimadura, predominando aqueles realizados por pesquisadores da Enfermagem e Medicina, dentre livros, dissertações e artigos. Destes, podemos ressaltar os trabalhos pioneiros realizados no Brasil pelo cirurgião plástico Ary do Carmo Russo (RUSSO, 1945, 1952, 1953, 1967). Também se destacam os estudos iniciados na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), trazendo a temática da assistência aos queimados e já sublinhando aspectos psicossociais, com Azevedo (1987), sendo intensificados nos anos noventa, por Rossi (1992), Dalri (1993), Scherer (1995) e Moura (1996). Mais recentemente, enfatizam-se, nessa perspectiva, incluindo temas relativos ao estigma, cuidado, aspectos psicossociais e socioculturais da experiência da queimadura no Brasil, os estudos de Barbieri e Gobbi (2007), Carvalho (2006, 2011), Ferreira (2006), Arruda (2009), Sousa (2011), Arrunátegui (2011), Almeida (2012), Assis (2012), Echevarria-Guanilo *et al* (2012), Botelho (2012), Pedro (2013), Coelho (2013), Cantarelli (2014), Souza (2015), Pan (2015), assim como os demais autores que focalizamos, na Dissertação.

O presente estudo objetivou compreender como a pessoa com sequelas de queimaduras percebe e atribui significados à experiência sofrida, bem como levantar as necessidades e demandas que apresentam, com relação à assistência em saúde, após a alta hospitalar. A pesquisa teve como objetivos: I) conhecer a percepção da vítima de queimadura das sequelas das lesões térmicas e as relações que estabelecem com aspectos psicossociais e socioculturais; II) compreender as necessidades e demandas de saúde da pessoa com sequelas de queimaduras, após

² O HumanizaSUS foi criado em 2003 e tem como intenção concretizar os princípios do SUS, no cotidiano dos serviços.

a alta hospitalar, e III) gerar subsídios que possam contribuir com a formulação de propostas assistenciais às pessoas com sequela de queimaduras.

Na primeira parte do trabalho, além da introdução, buscamos contextualizar e delinear algumas discussões que integram o tema. Apresentamos a compreensão sobre as queimaduras como foco de pesquisa, o processo de internação, as implicações sociais e subjetivas e as medidas políticas e assistenciais brasileiras, no campo da queimadura. Na segunda parte, expomos o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo. Seguidamente, encontra-se o estudo teórico e contextual sobre as questões tratadas. Na quarta parte, explicitamos a abordagem metodológica utilizada ao longo do estudo. Na quinta parte do trabalho, consta uma breve apresentação dos participantes da pesquisa e a análise dos resultados. Na parte final, arrolamos as considerações finais da Dissertação.

Por meio deste trabalho, buscamos oferecer subsídios para a reformulação das políticas públicas vigentes acerca da população, assim como colaborar com a formação de trabalhadores da Saúde, ampliação da Rede de Saúde e Assistência aos usuários. Também pretendemos contribuir com o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais voltadas para a assistência às pessoas que passaram pela experiência da queimadura e possuem sequelas.

1.1. As queimaduras como foco de pesquisa

As queimaduras são compreendidas como lesões de tecidos orgânicos provenientes de trauma de fonte térmica, resultante do contato ou exposição a superfícies e líquidos quentes, chamas, substâncias químicas, radiação, eletricidade, fricção ou atrito (GOMES; SERRA; PELLON, 1995). A lesão é avaliada de acordo com o agente causador da queimadura (físico, químico ou biológico), localização corporal, profundidade da lesão, classificando-a em 1º, 2º e 3º grau, e extensão de lesão corporal. No que diz respeito à extensão da área lesionada, é atribuído um escore quantitativo definido entre pequeno, médio e grande queimado (LIMA-JÚNIOR et al., 2008).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID 10)³, a queimadura encontra-se na categoria de *causas externas*, englobando circunstâncias acidentais e de violência (OMS, 2000). É concebida mundialmente como um dos mais sérios

³ Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), exposições a corrente elétrica, a fumaça/fogo/chamas, a substância quente ou fonte de calor (capítulos XX e XIX).

traumatismos pelo qual o ser humano pode passar, responsável por uma estimativa de 265 mil mortes por ano e aumentando o número de pessoas com deficiência, especialmente em países de média e baixa renda (OMS, 2014). O maior índice de mortalidade por queimaduras ocorre em países de baixa e média renda (PECK, 2011). Nos países de alta renda, observa-se que as classes socialmente marginalizadas são as mais atingidas.

No Brasil, as queimaduras estão entre as principais *causas externas* de mortes registradas, sendo ultrapassadas apenas pelos acidentes de transporte e homicídios (VALE, 2005). Dentre os casos notificados no País envolvendo queimaduras, a parte mais representativa ocorre na própria residência dos indivíduos (BRASIL, 2012). Praticamente metade dessas ocorrências são protagonizadas por crianças (ROSSI et al., 2003), predominantemente do sexo masculino (MARTINS; ANDRADE, 2007; COSTA et al., 1999). O álcool etílico líquido estava presente como componente da segunda maior causa de queimaduras entre crianças e é responsável pela maior parcela de queimaduras entre adolescentes (COSTA et al., 1999; SERRA et al., 2012; ANDRETTA et al., 2013).

Em um estudo realizado no Hospital João XXIII (Belo Horizonte, Minas Gerais), no período de fevereiro de 2009 a julho de 2010, foi verificada maior abrangência de queimaduras em pacientes do sexo masculino (62,5%). Com relação ao número total de pacientes, pode-se notar que 79% das circunstâncias foram acidentais, 12% de autoextermínio e 9% de agressão. A escaldadura⁴ foi o principal agente causador de queimadura em crianças com menos de 4 anos, enquanto o álcool foi o principal agente em pacientes com mais de 5 anos (LEÃO et al., 2011).

Em estudo feito no Hospital de Urgências de Sergipe (Aracaju, Sergipe), no período de janeiro de 2011 a junho de 2016, foi observada maior abrangência de queimaduras em pacientes do sexo masculino (63,02%). Com respeito à faixa etária, houve uma maior prevalência de internação de crianças entre 0 a 12 anos (51,15%), seguida pelo grupo de 19 a 59 anos (40,34%) e pelo grupo de adolescentes, 13 a 19 anos (5,46%). De acordo com o estudo, o grupo de idosos foi o menos expressivo. Quanto ao agente causador, houve prevalência da escaldadura (49,47%), seguida por chama direta (30,88%) e superfície aquecida (5,99%). Houve predomínio de lesões de segundo grau (79,41%), seguido por pacientes que apresentaram queimaduras de

⁴ Queimadura decorrente de líquidos ferventes ou jatos de vapor.

segundo e terceiro graus concomitantes (11,34%) e queimaduras de terceiro grau (4,73%) (SANTOS JÚNIOR et al., 2016).

No Hospital das Clínicas (Ribeirão Preto, São Paulo), uma pesquisa mostrou que, das mulheres que sofreram lesão térmica, 67% dos casos ocorreram em ambiente doméstico, no entanto, chama-nos a atenção que os 33% restantes corresponderam a tentativas de suicídio,⁵ por meio de agente causador de queimadura. Em todos esses casos, houve utilização de álcool etílico, e as áreas corporais mais afetadas foram o tórax anterior e superior, membros superiores, cabeça e pescoço (ROSSI et al., 1998).

Um dos fatores poucos explorados nos estudos brasileiros relaciona-se a queimaduras derivadas de violência doméstica. São questões preocupantes e que possuem pouca visibilidade. Arruda (2009), em sua Dissertação de Mestrado intitulada *Inscrita no corpo, gravada na carne: experiência de ser queimada em mulheres nordestinas*, evidencia a experiência da queimadura na esfera da violência de gênero e como isso reflete no espaço psicossocial das mulheres vitimadas.

Tomemos como referência, para pensarmos esse tipo de violência contra a mulher, dados referentes à Índia, onde observamos a violência responsável por 70% dos casos de queimadura atinentes às mulheres (BARRETO et al., 2008). São ações de violência que almejam a deformação do corpo da vítima⁶, por isso, o principal alvo é a face. Esse tipo de lesionamento na face, supostamente, poderá levar o sujeito a ter modificações em relação a sua identidade, provocando, inclusive, possíveis sentimentos negativos com respeito ao próprio corpo, que passam a presentificar seu cotidiano (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010).

No que tange às sequelas funcionais e motoras derivadas da queimadura, pode-se inferir que estão diretamente associadas ao tratamento da fase aguda. Quanto menos recursos disponíveis e mais demorado o tratamento, nessa fase, maiores são as chances de a pessoa formar cicatrizes hipertróficas⁷ (VANA, 2016).

⁵ Existem estudos que apresentam importantes informações sobre tentativas de suicídio, por meio de agente causador de queimadura. Sugerimos, como leitura: ASSIS (2012); FERREIRA; LUIS (2002); PACHECO et al. (2012); MACIEL; CASTRO; LAWRENZ (2014).

⁶ A partir dessas questões, foi produzido um trabalho de curta-metragem chamado *Saving Face* (2012), com direção da paquistanesa Sharmeen Obaid-Chinov. São abordadas, de forma muito rica, relações de violência de gênero presentes em determinadas culturas do Oriente, a que parcela significativa de mulheres estão submetidas. O trauma térmico, nessas circunstâncias tem como finalidade a deformação dos corpos das vítimas. Para mais detalhes: *Saving Face*. Direção: Sharmeen Obaid-Chinov; Daniel Junge. *HBO Films*, 2012. 1 DVD (40 min).

⁷ Um tipo de cicatriz saliente, que aparece após a cura do ferimento.

Em relação à oferta de estrutura de referência a casos envolvendo lesão térmica grave, existem cerca de quarenta e cinco Unidades de Tratamentos de Queimados (UTQ) habilitadas pelo Ministério da Saúde. A maior parte está localizada na Região Sudeste do País, porém, nove Estados brasileiros não dispõem de nenhum centro de referência para tratamento de queimaduras (PESCUMA JÚNIOR et al., 2013).

As Unidades de Tratamento de Queimados (UTQs) ou Centros de Tratamentos de Queimados (CTQs) são unidades compostas por equipe multidisciplinar, cuja finalidade é o tratamento especializado de pacientes com traumas de queimaduras. Acredita-se que essas unidades especializadas tenham surgido primeiramente nos Estados Unidos da América e Inglaterra, em meados dos anos de 1950 (ALMOUSAWI et al., 2009).

O Brasil não possui estudos estatísticos que demonstrem, de maneira efetiva, a abrangência de ocorrências de queimadura, em âmbito nacional. Cantarelli (2014) alude a essa escassez de informações, as quais poderiam servir como norteadoras de ações públicas, como algo representativo do descaso em relação à saúde da população.

1.2. Sobre o processo de internação

O momento culminante da queimadura e internação é traumático e, inclusive, revela a potencialidade de mudar significativamente a vida dos sujeitos que tiveram seus corpos queimados (ALMEIDA, 2012). De acordo com Almeida (2012), no período de internação, a pessoa é repentinamente colocada em uma situação adversa⁸, onde sua movimentação está prejudicada e, sobretudo, sua intimidade fica exposta a pessoas desconhecidas. Carlucci et al. (2007) apontam, no período de internação, estressores psicológicos que decorrem de circunstâncias como o afastamento do trabalho, mudanças corporais, separação da família, dependência de cuidados, perda de autonomia e despersonalização.

A literatura internacional disponibiliza importantes conhecimentos sobre o processo de internação de pacientes com queimadura, englobando tanto a recuperação física quanto a psicológica. Segundo Adcock et al. (1998 apud

⁸ Almeida (2012) destaca procedimentos como banhos, curativos e operações, que, somados à dor das feridas, levam a estados de ansiedade, angústia e tristeza profunda.

CARVALHO, 2006, p. 4), define-se como *fase aguda ou ressuscitação* o período das primeiras 72 horas após o evento que causou a queimadura, caracterizando-se pelo período de estabilização e ressuscitação do usuário. Nesse momento, o usuário supostamente se encontra inseguro, ansioso e com sensações de medo. Em um segundo momento, o usuário passará pela *fase subaguda* e, sendo submetido a procedimentos cirúrgicos e fisioterápicos intensos, o sujeito apresenta expectativas com relação ao tratamento e são perceptíveis estados de depressão, tristeza e ansiedade generalizada. O terceiro e último momento corresponde ao estágio de *reabilitação* ou *fase crônica*. É período próximo à alta hospitalar, quando o sujeito já não depende de cuidados emergenciais e sairá das intermediações hospitalares, ocupando-se de se reintegrar socialmente; nesse tempo, são verificáveis a ansiedade e a angústia diante das novas circunstâncias originadas, inclusive as mudanças corporais.

No período de internação, o paciente queimado é avaliado, e o tipo de procedimento a ser adotado dependerá da gravidade da lesão. O tratamento das lesões exige ações individualizadas para cada área do corpo afetada. Dentre os procedimentos mais comuns aplicados ao paciente queimado, podemos citar a balneoterapia, antibioticoterapia, analgesia, desbridamento, aplicação de enxerto e cirurgia plástica (FERNANDES et al., 2012). Depois da alta hospitalar, o tratamento que pode amenizar as sequelas funcionais e estéticas das queimaduras envolve o acompanhamento ambulatorial com equipe multidisciplinar, com frequentes readmissões para intervenções cirúrgicas reparadoras (FERREIRA; D'ASSUMPÇÃO, 2006).

As circunstâncias decorrentes do trauma térmico se prolongam para além do período de internação hospitalar e exigem, desses sujeitos, reposicionamentos subjetivos frente às novas circunstâncias em suas vidas (CANGUILHEM, 1943/2015). De acordo com Carlucci et al. (2007), é recorrente, por parte desses sujeitos, a percepção da extensão do problema e, conseqüentemente, surgem questões sobre como ficarão as cicatrizes, sobre o comprometimento do corpo e de suas funções.

1.3. Implicações sociais e subjetivas

Estudos apontam que cicatrizes decorrentes de queimaduras em partes de maior visibilidade no corpo, principalmente a face, podem trazer, como consequências, dificuldades de socialização (STUBBS et al., 2011; MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010). Segundo Costa et al. (2008), sujeitos possuidores de sequelas de queimadura, devido aos incômodos gerados pelas cicatrizes, tendem a tentar escondê-las, evitando exposições. Há casos de diminuição da comunicação no espaço social e, em certas situações, não raras, observa-se que essas pessoas passam a evitar o convívio social fora de casa. Tais questões podem afetar a saúde psíquica do sujeito (ROSSI et al., 2005; WALLIS et al., 2006; MOCK, 2008; ASSIS, 2012; CARLUCCI et al., 2007; ALMEIDA, 2012; COSTA et al., 2008, 2010; DUARTE et al., 2012).

Em estudo com pessoas que passaram por trauma térmico, na infância e juventude (PHILLIPS; FUSSELL; RUMSEY, 2007), foi verificado que um dos principais incômodos, especialmente em espaços públicos, relacionava-se a olhares e provocações destinados aos sujeitos que exibiam sequelas decorrentes de queimadura. Devido às indagações de curiosos, as cicatrizes decorrentes de queimaduras são colocadas em foco, propiciando situações de constrangimento a esses sujeitos (DIAS et al., 2008; CARLUCCI et al., 2007; COSTA et al., 2008).

Compreendemos, pois, que, ao tratarmos do assunto, estamos concebendo uma problemática que vai além das dimensões físico-biológicas. A experiência da queimadura pode englobar sequelas físicas e alterações psicossociais que estão imbricadas ao contexto sociocultural.

1.4. Medidas políticas e assistenciais brasileiras no campo da queimadura

O processo de desenvolvimento da assistência às pessoas que passaram pela experiência da queimadura, no Brasil, pode ser compreendido considerando-se determinados eventos históricos, os quais concernem à queimadura e que tiveram grandes repercussões em todo o País. Tais eventos impulsionaram estudos científicos e alterações, no âmbito político e legislativo, sobre questões referentes à prevenção e assistência, no campo da queimadura.

Dentre os marcos trágicos no País, podemos citar o incêndio no “Gran Circus Norte-Americano”, ocorrido em 17 de dezembro de 1961, no Rio de Janeiro, o qual foi

considerado o incêndio com maior número de vítimas, no Brasil, com mais de 300 mortes (O FLUMINENSE, 1961). Nesse evento, foram verificadas (KNAUSS, 2007) a ausência de fiscalização da prevenção e combate ao fogo, a insuficiência de infraestrutura hospitalar na cidade de Niterói e a precariedade das condições para atendimento às vítimas de queimadura, já suscitando problematizações sobre medidas de prevenção de acidentes e serviços voltados a esse tipo de ocorrência, no País (SILVA, 1995).

Posteriormente ao incêndio no “Gran Circus Norte-Americano”, aconteceram outros grandes incêndios que incitaram modificações no âmbito da prevenção de incidentes desse tipo no País. No Estado de São Paulo⁹, podemos citar o incêndio no Edifício Andraus, em 24 de fevereiro de 1972, e no Edifício Joelma, em 1º de fevereiro de 1974. Ambos, ocasionando vítimas fatais e um número acentuado de feridos, fizeram com que emergencialmente fossem promovidas discussões sobre segurança e preparo em relação à prevenção e combate a incêndios.

Nos anos 70, a área de segurança contra incêndio ganhou impulso, no País (ONO, 2007), sobretudo no Estado de São Paulo, cuja capital foi cenário de ocorrência de ambas as tragédias. Nesse contexto, em 1975, deu-se a promulgação da Lei Municipal 8.266/75, o Código de Edificações do Município de São Paulo¹⁰, que foi o primeiro código de obras do País que buscava aprimorar medidas de segurança destinadas a usuários em circunstâncias de emergência. Concomitantemente, em 1976, houve a criação do Laboratório de Fogo no Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT) do Estado de São Paulo, com pretensões de compilar e sistematizar informações sobre segurança contra incêndio. Nesse período, por meio dos estudos de Teodoro Rosso, na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP), apareceu o trabalho intitulado *Incêndios e Arquitetura* (1975).¹¹ Esse material serviu como um dos principais referenciais para futuros estudos da temática,

⁹ Em outras regiões do Brasil e no próprio Estado de São Paulo, podemos citar o incêndio no edifício onde funcionavam as Lojas Renner (27 de abril de 1976), em Porto Alegre – RS; incêndio em Cubatão – SP, em 25 de fevereiro de 1984, o qual vitimou e desabrigou milhares de pessoas da região; incêndio no Edifício Andorinha, no Rio de Janeiro, em 17 de fevereiro de 1986; incêndio no Edifício Grande Avenida – SP, em 14 de fevereiro de 1981; incêndio na Creche Uruguaiana – RS; incêndio na casa de *shows* Canecão Mineiro, em 24 de novembro de 2001, em Belo Horizonte – MG; e o mais recente incêndio de grandes proporções e visibilidade, na mídia, o incêndio na Boate Kiss, ocorrido em 27 de janeiro de 2013, na cidade de Santa Maria – RS.

¹⁰ Para mais detalhes sobre a Lei Municipal 8.266/75, ligada a incêndios em edificações, atentar para o capítulo II: “Circulação e Segurança” e o capítulo VII: “Instalações de Emergência e Proteção Contra Fogo”. Disponível em: < <http://cmspbdoc.inf.br/iah/fulltext/leis/L8266.pdf> >. Acesso em: 06 fev. 2018.

¹¹ ROSSO, Teodoro. *Incêndios e arquitetura*. São Paulo: FAUUSP, 1975.

assim como os trabalhos de especialidade médica, publicados anteriormente por Ary do Carmo Russo, como o “Sistematização do tratamento local das queimaduras” (1945), sendo a base principal para a primeira norma de atendimento no Serviço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MARIANI, 1995).

Pensando em episódios que podem culminar na queimadura e na própria experiência da queimadura, destaca-se a importância da comunicação entre diferentes áreas científicas e da articulação de estratégias que tornem essas questões relevantes, já que os efeitos desse processo estão diretamente ligados ao que compreendemos como diminuição de riscos e acidentes, aprimoramento dos serviços da Saúde Pública e Políticas de Estado. Os eventos citados, assim como tantos outros, tornaram possível a análise do campo de assistência às pessoas que passam pela experiência da queimadura, no País, processo iniciado e registrado oficialmente em 1948, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com a criação do Serviço de Queimaduras (MARIANI, 1995).

Recentemente, conforme mencionado, ocorreu o incêndio na Boate Kiss, em 27 de janeiro de 2013, na cidade de Santa Maria – RS, com óbito de 242 pessoas e mais de 600 feridos. Tanto esse evento de grande proporção quanto os de circunstância doméstica colocaram a mesma indagação: que tipo de assistência é ofertada, na Saúde Pública, para além do período de internação, a esses sujeitos que passaram pela experiência da queimadura? Quais são as repercussões psicossociais para aqueles que possuem sequelas decorrentes de queimadura? Quais ofertas na área da Saúde, incluindo os serviços de Psicologia, poderiam contribuir para as questões desses sujeitos?

Traçando um panorama sobre a eficácia das ofertas de saúde na área de queimaduras no Brasil, o cirurgião plástico e Presidente da Sociedade Brasileira de Queimadura, Luiz Philipe Molina Vana, informa:

Quantas UTQs têm em seu quadro terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga continuamente? Quantas UTQs têm a sua disposição uma equipe multidisciplinar completa? Quantos pacientes têm malha compressiva a sua disposição? E tratamentos mais recentes como laser? Infelizmente, não temos este número, mas certamente são poucas. Recursos que todos nós desejamos, mas poucos dispõem em nosso dia-a-dia. Acabamos sendo obrigados a usar a famosa criatividade do povo brasileiro para contornar tantas carências. Obviamente, pagamos um preço elevado por isso. (VANA, 2016, p. 234).

Em termos de políticas voltadas à prevenção de queimaduras, sob caráter preventivo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) interditou a livre comercialização de álcool líquido em altas concentrações, visando a reduzir o número de eventos com queimadura, principalmente com crianças em ambientes domésticos (ANVISA, 2002). Também foi instituído o Dia Nacional de Luta Contra Queimadura, em todo o território nacional, no dia 6 de junho de cada ano.

Recentemente, foi publicada a Lei nº 13.239, de 30 de dezembro de 2015, a qual dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher, inclusive aquelas que decorrem de queimadura (BRASIL, 2016).

Em nível nacional, antes do ano 2000, não havia política alguma para a assistência especializada à pessoa acometida por trauma térmico. No período de atendimento hospitalar emergencial, eram tratadas em hospitais comuns, ou seja, sem suporte suficiente para lidar com a especificidade dos casos. Tendo em vista essas questões, a Secretaria de Assistência à Saúde, com a Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro 2000, e a Portaria GM/MS nº 1274, de 22 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000), implementou, no SUS, Redes Estaduais de Assistência a Queimados, estabelecendo procedimentos hospitalares e ambulatoriais específicos para essa área, formados pela comunicação e encaminhamento entre hospitais gerais e Centros de Referência em Assistência a Queimados.

Grande parte dessas mudanças se deu pela mediação de organizações da sociedade civil, entre as quais podemos citar a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), o Instituto de Apoio ao Queimado (IAQ), a Associação dos Portadores de Sequelas por Queimaduras (APOSEQ) e o Núcleo de Proteção aos Queimados (NPQ).

De acordo com Cantarelli (2014), os recursos ofertados pela Saúde Pública brasileira não contemplam, de forma efetiva, a experiência da queimadura em seus múltiplos aspectos. Evidencia-se a necessidade da disponibilização de serviço multidisciplinar profissional a esses sujeitos (ALMEIDA, 2012; FERREIRA; LUIS, 2002; CARLUCCI et al., 2007), no sentido de acompanhar suas demandas, inclusive dando ênfase aos aspectos psíquicos, por meio da instrumentalização e acompanhamento de profissionais da psicologia (SOUSA, 2011; BLAKENEY et al., 2008), no período posterior à internação hospitalar. No entanto, diferentemente da

cobertura oferecida a essa população, em âmbito nacional, o Estado de Santa Catarina aprovou um projeto de lei inédito no País (Lei nº 16.285/2013), que assegura às pessoas com sequelas decorrentes de queimadura o direito de receberem assistência integral para promover sua ampla reinserção social, considerando aspectos de origem física e psicossocial (SANTA CATARINA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um primeiro ponto a ser destacado, nestas considerações finais, na tentativa de apresentar algumas possíveis respostas às indagações centrais desta pesquisa, é que, a despeito das singularidades de cada caso de sequelas de queimaduras, a ocorrência de um acidente térmico se configura como um trauma físico e psicológico, isto é, consiste em um acontecimento repentino, no qual a pessoa é acometida por uma estimulação externa extremamente invasiva, intensa e impactante, sobre a qual não possui qualquer possibilidade de controle ou de reversão imediata de seus efeitos. O trauma físico provocado pela incidência descontrolada do forte calor na pele – que pode atingir camadas mais profundas do corpo – inevitavelmente despertará ansiedades primárias básicas, as quais se estruturam precisamente como reações psicológicas de sinalização de perigo, geram sentimentos de temor, sensações de desprazer e, com isso, induzem a buscas de soluções para esse estado de profundo desequilíbrio, desconforto, incômodo e sofrimento.

Para as pessoas entrevistadas, a experiência da queimadura representou uma ruptura em suas vidas e, diante das novas condições provocadas pelas sequelas, tiveram que lidar com alterações na esfera familiar, nas relações sociais e na execução de atividades laborais.

Os períodos de internação foram associados a muita dor e sofrimento. Foram apontadas dores decorrentes da execução de procedimentos hospitalares, dentre elas, o banho e a troca de curativos. Não menos pior, foram igualmente destacados sofrimentos decorrentes do afastamento da família, insegurança quanto ao nível de modificação na aparência corporal, perda de movimentação de determinados membros, medo de não conseguirem retornar às atividades laborais, medo da morte e medo de não serem mais desejados pelo parceiro ou parceira com que possuíam relacionamento amoroso. Tais sofrimentos se associam a irrupções de ansiedades primárias, estruturantes do funcionamento psicológico: o temor do corpo dilacerado, a persecutoriedade, o receio depressivo da perda dos objetos amados ou do apreço e admiração deles, o temor do desamparo – e assim por diante.

Os entrevistados sentiram-se aliviados com o retorno à suas residências, todavia, esse período de retorno também foi apontado como um momento conflitivo e gerador de muita ansiedade. Inicialmente, necessitaram de apoio de outras pessoas,

sendo que alguns dependeram, durante um longo período, do auxílio de outros para a execução de diversas atividades cotidianas.

Em face da necessidade de cuidados logo após o período de internação, duas situações se afiguraram: na maioria dos casos, receberam ajuda e foram assistidos por familiares. Nesses casos, as pessoas ressaltaram a importância de terem recebido o apoio familiar e sublinharam o fortalecimento dos laços familiares. Entretanto, também existiram situações em que as pessoas retornaram para suas casas e não foram auxiliadas por familiares, intensificando-se ainda mais as ansiedades básicas e o sofrimento das pessoas. Nesses casos, elas se sentiram desamparadas e assustadas.

Outro ponto a ser destacado, nestas considerações finais, é que, após a saída da internação, a pessoa que sofreu queimaduras graves e adquiriu sequelas necessitará de acompanhamento, em suas residências. É de fundamental importância que os profissionais de saúde construam, junto à família da pessoa que sofreu queimaduras, boas práticas na execução de cuidados, como trocar a roupa da pessoa, realizar sua higiene, fazer a aplicação de pomadas e cremes hidratantes, dentre outras. Também é essencial que haja contato entre o local de referência, a Unidade de Tratamento de Queimados, com a Unidade Básica de Saúde do município em que a pessoa reside. Compreendemos que a pessoa com queimaduras deverá receber visitas periódicas e ser acompanhada por profissionais de saúde de seus territórios. Durante esse período recente, logo após a saída do hospital, as pessoas que sofreram queimaduras estão muito debilitadas e com diversas limitações que as impedem de executar tarefas comuns do dia a dia. Quando não recebem nenhum tipo de monitoramento, por parte das Redes de Saúde, poderão usufruir de cuidados inadequados por parte de familiares ou de pessoas próximas e, não raro, poderão até mesmo estar sofrendo maus tratos. Compreendemos que a atenção em saúde para pessoas que sofreram queimaduras graves deve estar centrada na família e não apenas no indivíduo.

No que tange aos serviços das UTQ, parcela significativa dos entrevistados elogiou o trabalho das equipes, o que contrasta com a realidade na qual afirmaram vivenciar a busca da continuidade do tratamento, após a internação. Sobre esse ponto, observamos problemas muito graves. Em geral, logo após a queimadura, as pessoas foram levadas para alguma instituição de atendimento emergencial, no local mais próximo de onde se encontravam. Muitos relatos apontaram situações que

parecem mostrar uma significativa desorganização, por parte da equipe de saúde, em lidar com a complexidade dos casos, principalmente no que se refere ao encaminhamento das pessoas para as UTQ. Nesse sentido, houve relatos em que as pessoas foram levadas para duas ou três instituições de saúde, antes de serem encaminhadas para a UTQ. Em outras situações, não receberam a atenção de que necessitavam e foram instruídas a voltarem para a própria residência, culminando em graves complicações de saúde.

Percebemos a necessidade de atualizações e qualificações profissionais com os trabalhadores da saúde, para que atendam com mais eficiência aos casos envolvendo queimaduras. Também são necessários treinamentos, a fim de que os trabalhadores da saúde realizem, de maneira mais eficiente e rápida, o encaminhamento dos casos atendidos nos hospitais gerais para Centros de Referência em Assistência a Queimados

Um dos agravantes apontados pelas pessoas entrevistadas foi a distância entre a UTQ onde foram internadas (e depois continuaram parte de seus tratamentos) e os seus municípios de residência. Em um primeiro momento, a maioria dos casos foi atendida na emergência de hospitais gerais, logo em seguida, a partir do acionamento da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), foram encaminhados para uma UTQ. Verificamos casos de pessoas que foram transferidas, via CROSS, para UTQ com mais de seiscentos quilômetros de distância do município de origem. Compreendemos que o tratamento é facilitado, quando o encaminhamento é feito para UTQ mais próximas dos municípios de residência das pessoas, e isso deve ser levado em consideração, no momento das transferências.

Praticamente todos os participantes da pesquisa iniciaram seus tratamentos, após a internação, nas próprias Unidades em que foram internados. Pareceu-nos que as Unidades mantêm essa forma de atuação, a internação e a continuidade do tratamento nos mesmos locais de referência. Esse tipo de organização, para alguns, dificultou o tratamento. As pessoas apresentaram, como dificuldades: a distância entre o município de residência e a UTQ; a demora para a efetivação das consultas com o médico especialista; a burocratização e a demora para a realização dos procedimentos cirúrgicos; a conciliação do tratamento com o acompanhamento de familiares, durante as consultas e nas cirurgias; a adequação do tratamento com os seus horários de trabalho; o desgaste físico e emocional, ao longo do tratamento.

Acreditamos que a comunicação entre diferentes Redes de Saúde beneficiaria as pessoas com sequelas de queimaduras, contudo, essa comunicação era praticamente inexistente. Visando à facilitação do acesso da pessoa com sequelas de queimaduras ao tratamento especializado, poderiam ser feitas transferências para Unidades mais próximas dos locais de residência das pessoas. As pessoas com sequelas de queimaduras tinham diversas demandas de saúde, que, ao nosso ver, poderiam ser atendidas com eficiência na Atenção Básica de Saúde. Revelavam dúvidas sobre como amenizar as coceiras nos ferimentos e quais tipos de cremes e pomadas poderiam empregar, para aliviar os incômodos na pele.

Parcela das pessoas teve interesse em realizar psicoterapia, porém, mesmo apresentando essa demanda, nenhuma recebeu encaminhamento ou orientações de como acessar esses serviços, por meio da rede pública de saúde, nas regiões em que residiam.

As pessoas com sequelas de queimaduras não foram informadas ou tiveram muitas dificuldades em acessar os serviços de terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia. O acesso a esses serviços é de fundamental importância em parte significativa dos casos de queimaduras. O tratamento adequado pode reduzir os agravamentos das sequelas de queimaduras evidenciadas pela pessoa e propiciar uma melhora na sua qualidade de vida.

As pessoas com sequelas de queimaduras demonstraram grande dificuldade em localizar profissionais, em especial da fisioterapia e terapia ocupacional, com capacitação para atuar com “queimados” (como as próprias pessoas entrevistadas enfatizavam). O acesso aos serviços desses profissionais, quando conseguiram, ocorreu por meio das próprias unidades onde foram internadas ou por intermédio de ONG voltadas a pessoas com sequelas de queimaduras. A realização de psicoterapia aconteceu da mesma forma, nas próprias UTQ ou por intermédio de ONG. A maior parte das pessoas residia em cidades diferentes dos locais nos quais havia as ofertas dos serviços de tratamento, dificultando sua continuidade.

Por meio dos relatos dos entrevistados que se queimaram, no período da infância, verificamos que é de suma importância que o retorno da criança com sequelas de queimaduras ao ambiente escolar seja acompanhado por algum profissional da saúde. Sobre essa questão, foram realçados dois pontos: um deles poderia ser concebido como uma superproteção, em que os pais e professores passam a ter um tratamento exagerado de proteção, privando a criança de realizar

determinadas atividades e acessar certos espaços. Outro agravante da situação dessas crianças é sua exposição a discriminações e *bullying*. Não há projetos em nível nacional de reinserção de crianças com sequelas de queimaduras no ambiente escolar. Trata-se de um assunto muito pouco discutido.

Quanto aos entrevistados que se queimaram quando adultos, apresentam diversas questões associadas principalmente ao trabalho. Não encontramos nenhum projeto de reinserção da pessoa com sequelas de queimadura às atividades laborais. Esse constitui um assunto bastante relevante, já que todos os entrevistados salientaram a importância do trabalho em suas vidas, destacando, inclusive, que o trabalho fazia com que se sentissem saudáveis. Apontaram um cenário complicado de recolocação profissional, pois, de acordo com as pessoas entrevistadas, as diferenças estéticas visíveis em seus corpos, ainda mais quando eram nas regiões da face, pescoço e cabeça, as prejudicavam nos processos seletivos de contratação de trabalho.

A maior parte das pessoas entrevistadas mostrava-se descontente com a própria aparência, marcada por cicatrizes de queimaduras. As mulheres, em especial, apresentaram maior preocupação com a aparência, revelando uma forte relação simbólica entre o corpo e o sentimento de si. Também pareciam estar mais suscetíveis a sofrer com determinadas imposições de padrões sociais de beleza. Para algumas entrevistadas, a aparência da mulher influenciava igualmente sua aceitação dentro do contexto social. Diante disso, as mulheres que possuíam sequelas de queimaduras tinham um trabalho redobrado no cuidado de si mesmas e em suas produções estéticas.

As pessoas entrevistadas atribuíram diversos significados à experiência da queimadura. Pudemos constatar que, de maneira geral, a maior parte das pessoas considerava-se vitoriosa, por ter sobrevivido a eventos que poderiam ter levado à morte e ter superado dores extremamente intensas. Nessa mesma perspectiva, muitas das pessoas atribuíram suas capacidades de recuperação e superação à sua religiosidade.

Além de incluírem aspectos religiosos na capacidade de superação das dificuldades advindas das queimaduras, não raro, alguns dos entrevistados relacionavam a experiência que viveram e até justificavam o evento que culminou na queimadura com argumentos fundamentados no cristianismo. Através das entrevistas, pudemos constatar que a religião teve grande significado na vida dessas

peças, e a fé religiosa lhes serviu como aporte para lidar com as adversidades surgidas em suas vidas, após o evento da queimadura.

Repetiram-se, nos discursos dos entrevistados, comparações com histórias de outras pessoas que também tinham se queimado e suposições sobre o quão a situação que passaram poderia ter sido muito pior. Essas duas questões poderiam ser resumidas em duas frases: “Sempre eu pensava que não poderia deixar isso me abater, porque tem gente na situação pior que a minha, né? Que perdeu membro, que não podia mais ter movimento” e “eu sempre olhei para trás, porque lá mesmo no hospital eu via gente muito pior do que eu... Gente que... Nossa Senhora da Aparecida! [...] eu queimei só aqui e olhar para trás e ver que a outra que está do lado da minha cama faz um ano e sete meses que está ali e queimou o corpo inteiro e ela não sara...” O fato de imaginarem que existiam pessoas em condições piores e com dores mais intensas do que sentiam parecia proporcionar-lhes um certo conforto, diante do que estavam vivenciando.

A maioria das pessoas entrevistadas ansiava por retomar suas atividades laborais, não sentir mais dor e não precisar realizar mais tratamentos de saúde. Ao mesmo tempo, as que desejavam diminuir as sequelas se dispunham a diversos tratamentos, como os repetidos procedimentos cirúrgicos.

Outro ponto importante a ser destacado aqui diz respeito ao protagonismo dos próprios sujeitos, nas buscas de auxílio e apoio para a elaboração de traumas dessa experiência. Nesse protagonismo, acabam criando alternativas além daquilo que é oferecido pelos serviços públicos de saúde. Uma delas é a formação de grupos de portadores de sequelas, voltados para o compartilhamento de experiências e para a ajuda mútua.

Por meio dos grupos virtuais nos quais compartilhavam tanto problemas quanto eventuais soluções, vividos no plano individual, notamos que o grupo pode ser utilizado como uma ferramenta fundamental, ainda mais quando articulado com as novas tecnologias de acesso e de produção de redes de comunicação virtual. A criação de plataformas de atendimento *online*, a fim de atender a determinados tipos de demandas e fornecer orientação, principalmente para que as pessoas pudessem localizar determinados serviços especializados, traz benefícios consideráveis.

Compreendemos que as sequelas de queimaduras acarretam sérios problemas ligados a preconceitos, estigmatizações e discriminações, produzindo sofrimentos psíquicos tão ou mais intensos, complexos e desafiadores do que as dores e lesões

que acometem o corpo físico. Nesse sentido, é fundamental que aspectos subjetivos e psicossociais sejam considerados nas ofertas de cuidado voltadas às pessoas com sequelas de queimaduras, pois esses fatores estão interligados aos processos de saúde e adoecimento.

Não existem projetos públicos de saúde que trabalhem a questão do estigma apresentado pelas pessoas com sequelas de queimaduras, como também não há políticas públicas de inclusão social para esses sujeitos.

O tratamento da pessoa que sofre queimaduras é caro e complexo, fazendo com que parte significativa das Unidades, com poucos recursos e equipes compostas por poucos profissionais, fiquem limitadas apenas ao cuidado da fase aguda. Serviços de cirurgia plástica, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, fonoaudiologia e psicologia são fundamentais na atenção em saúde para pessoas que sofrem queimaduras. Poucos locais dispõem de estrutura e uma equipe com todos esses profissionais, por isso, verificamos que, em grande parte, são os Hospitais Universitários que assumem esse tratamento.

Percebemos o desenvolvimento cada vez maior de coletivos compostos por pessoas com sequelas de queimaduras. A união dessas pessoas parece estar constituindo um novo tipo de movimento identitário, assim como existe o movimento político das pessoas com deficiência, o movimento negro, o movimento feminista. Assim, parecia estar começando a ser constituído o que poderíamos conceber como o movimento das pessoas com sequelas de queimaduras. A organização desses grupos busca, sobretudo, melhores condições de vida para a população que possui sequelas de queimaduras, através de ações no âmbito da saúde e do reconhecimento social de suas diferenças, para que possam exercer sua plena cidadania e tenham garantidos seus direitos de participação social.

A união das pessoas com sequelas de queimaduras vem trazendo à tona questões ainda muito pouco discutidas, no âmbito acadêmico, por isso, o acompanhamento desses grupos foi de muita importância para a pesquisa. Dentre as questões debatidas, podemos destacar a questão da interseccionalidade, em que as formas de discriminação e opressão com as pessoas que possuem sequelas de queimaduras podem ser intensificadas principalmente por fatores relacionados à classe, raça e gênero. Também eram discutidas questões sobre como as classes sociais menos favorecidas parecem ser as que mais sofrem com a incidência de queimaduras e, ao mesmo tempo, as que possuem menos informações sobre o

acesso e a realização dos tratamentos, acentuando ainda mais o sofrimento diante do adoecimento.

Os problemas de saúde apresentados pelas pessoas que sofreram queimaduras não se limitam ao período da internação, mas, ao contrário, podem ser intensificados após a saída do hospital. É importante que seja dada maior atenção aos problemas de saúde apresentados por essas pessoas, após o período de internação (fase aguda), sendo necessária a oferta de um tratamento integral, considerando-se todos os aspectos implicados no processo de adoecimento.

A intenção deste trabalho, ao contrário de parte significativa das publicações científicas sobre o tema, foi dar ênfase às experiências subjetivas das pessoas que sofreram queimaduras e no que tinham a dizer sobre os desafios encontrados com relação aos seus problemas de saúde. Mais do que propor certezas sobre o tema estudado, almejamos que as questões apresentadas nesta pesquisa produzam dúvidas e questionamentos sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- ADCOK, R. S.; BOEVE, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychological and emotional recovery. In: CARROUGHER, G. J. *Burn care and therapy*. New York: Mosby, 1998. cap. 13, p. 329-357.
- ALMEIDA, V. C. *Aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte no ano de 2011*. 2012. 60 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- AL-MOUSAWI, A. M.; MECOTT-RIVERA, G. A.; JESCHKE, M. G.; HERNDON, D. N. Burn teams and burn centers: the importance of a comprehensive team approach to burn care. *Clinics in plastic surgery*, v. 36, n. 4, p. 547-554, 2009.
- ANDRETTA, I. B.; CANCELIER, A. C. L.; MENDES, C.; BRANCO, A. D. F. C.; TEZZA, M. Z.; CARMELLO, F. A.; DETTENBORN, S. A. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008. *Rev. Bras. Queimaduras*, Limeira, v. 12, n. 1, p. 22- 29, 2013.
- ANVISA. Em seis meses, supermercados só poderão vender álcool na forma de gel. In: *Notícias da Anvisa*. Brasília, 134 DF: Assessoria de Imprensa [atualizado em 21 fev. 2002]. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe152.pdf> >. Acesso em: 15 out. 2017.
- ARRUDA, C. N. *Inscrita no corpo, gravada na carne: experiência de ser queimada em mulheres nordestinas*. 2009. Dissertação (Mestrado) – Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2009.
- ARRUNÁTEGUI, G. C. C. *Queimaduras com álcool em crianças: realidade brasileira e vulnerabilidades*. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ASSIS, J. T. S. J. *Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão após a alta hospitalar*. 2012. Tese (Doutorado) – Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & saúde coletiva*, v. 6, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, p. 73-92, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 17, p. 43-62, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 11-23, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere, Revista de História Intelectual*, v. 2, n. 1, p. 139-155, 2016.

AZEVEDO, D. O. *Contribuição ao estudo da prevalência de infecção por pseudomas aeruginosa em pacientes queimados hospitalizados*. 1987. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10, Curitiba, 2011.

BARBIERI, A.L.N.; GOBBI, C.I.C. Desfiguração: o paciente com queimaduras. QUAYLE, J.; LÚCIA, M. C. S. *Adoecer: compreendendo as interações do doente com sua doença*. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 45-52.

BARRETO, M. G. P.; BELLAGUARDA, E. A. L.; MORAIS, M. P.; BURLAMAQUI, R. P. B.; OLIVEIRA, P. R. T.; LIMA JÚNIOR, E. M. Estudo epidemiológico de pacientes queimados em Fortaleza, Ceará: revisão de 1997 a 2001. *Rev Pediatr*, v. 9, n. 1, p. 23-29, 2008.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological methods & research*, v. 10, n. 2, p. 141-163, 1981.

BLAKENEY, P. E.; ROSENBERG, L.; ROSENBERG, M.; FABER, A. W. Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, Amsterdam, v. 34, n. 4, p. 433-440, 2008.

BOSWICK, J. A. (Ed.). *The art and science of burn care*. Aspen Pub, 1987.

BOTELHO, F. M. *Corporeidade e estigma: estudo qualitativo com pacientes em reabilitação de queimaduras*. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. 292p. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 18 fev. 2018.

BRASIL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> . Acesso em: 18 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.273, de 21 de novembro de 2000. Regulamenta a sistemática do tratamento de queimados em todo o país. *Diário Oficial da União*. Brasília, 23 nov. 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUENO, M. L.; CASTRO, A. L. Apresentação. In: BUENO, M. L.; CASTRO, A. L. *Corpo território da cultura*, p. 9-11. São Paulo: Annablume, 2005.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CANTARELLI, K. J. *Vivências de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras*. 2014. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

CARLUCCI, V. D. S.; ROSSI, L. A.; FICHER, A. M. F.; FERREIRA, E.; CARVALHO, E. C. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem. USP*, v. 41, n. 1, p. 21-28, 2007.

CARVALHO, F. L. *O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARVALHO, F. L. de. *Significados da reabilitação: perspectivas de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares*. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CECÍLIO, L.C.O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos" mais do mesmo". *Saúde e Sociedade*, v. 21, p. 280-289, 2012.

COELHO, M. G. *A relação criança queimada e cuidador e a vivência da queimadura*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CORRIGAN, P. W.; RAO, D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 57, n. 8, p. 464-469, 2012.

- COSTA, D. M.; ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; LEMOS, A. T. O. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. v. 75, n. 3, p. 181- 186, 1999.
- COSTA, M. C. S.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S.; TRIQUEIROS, L. F. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 2, 2010.
- COSTA, M. C. S.; ROSSI, L. A.; LOPES, L. M.; CIOFFI, C. L. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 252-259, 2008.
- DALRI, M. C. B. *Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia I revisada da NANDA*. 1993. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 1993.
- DIAS, M. A. T.; BRITO, M. E. M.; CASTRO, A. K. Peculiaridades no cuidado de enfermagem à criança queimada. In: LIMA-JÚNIOR, E. M.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; SERRA, M. C. V. F. *Tratado de queimaduras no paciente agudo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. p. 223-232.
- DUARTE, M. L. C.; LEMOS, L.; ZANINI, L. N. N.; WAGNES, Z. I. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 77-84, 2012.
- ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; MARTINS, C. L.; CANTARELLI, K. J.; GONÇALVES, N.; ROSSI, L. A. Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. *Rev. bras. queimaduras*, v. 11, n. 3, p. 120-124, 2012.
- FERNANDES, M. F. A.; TOQUATO, I. M. B.; DANTAS, M. S. A.; JÚNIOR, F. A. C. P.; FERREIRA, J. A.; COLLET, N. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 4, p. 133-141, 2012.
- FERREIRA, C. M.; D'ASSUMPTÃO, E. A. Cicatrizes hipertróficas e queloides. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást*, v. 21, n. 1, p. 40-48, 2006.
- FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVEZ, P. C.; MINAYO, M. C. S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FERREIRA, L. A. *Ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2006.
- FERREIRA, L. A.; LUIS, M. A. V. A construção do processo que culminou num episódio de queimadura: relato da história de vida de pacientes queimadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 36, n. 2, p. 125-132, 2002.

- FIGUEIREDO, M. D. *A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação*. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. *Secretaria de Estado de Saúde do RS*, p. 1-13, 2012.
- GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1975.
- GOMES, D.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- HERNDON, D. N. *Total burn care*. 4ª ed. China: Saunders, 2012.
- KNAUSS, P. A cidade como sentimento: história e memória de um acontecimento na sociedade contemporânea - o incêndio do Gran Circus Norte-Americano em Niterói, 1961. *Revista Brasileira de História*, v. 27, n. 53, p. 25-54, 2007.
- LEÃO, C. E. G.; ANDRADE, E. S. de; FABRINI, D. S.; OLIVEIRA, R. A. de; MACHADO, G. L. B.; GONTIJO, L. C. Epidemiology of burns in Minas Gerais. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 26, n. 4, p. 573-577, 2011.
- LIMA-JÚNIOR, E. M.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; SERRA, M. C.V. F. *Tratado de queimaduras no paciente agudo*. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2008.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, v. 27, n. 1, 2001, p. 363-385.
- LIVINGSTON, J. D.; BOYD, J. E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, v. 71, n. 12, 2010, p. 2150-2161.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- MACIEL, K. V.; CASTRO, E. K.; LAWRENZ, P. Os motivos da escolha do fogo nas tentativas de suicídio realizadas por mulheres. *Temas em Psicologia*, v. 22, n. 1, p. 195-206, 2014.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, 2010, p.593-606.
- MARIANI, U. Sinopse histórica do tratamento das queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C. V., PELLON, M. A. (Org.). *Queimaduras*. Rio de Janeiro. Revinter, 1995. cap. 1, p. 03-07.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 4, p. 464-469, 2007.

MELLO, L.; GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos*, v. 11, n. 2, 2012.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Abrasco, Hucitec, 2008. p. 261-297.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOCK, C.; PECK, M.; PEDEN, M. ; KRUG, E. A WHO plan for burn prevention and care. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf). Acesso em: 18 jul. 2018.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; PEDRO, E. N. R. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.100-107, 2010.

MOURA, M. C. *A sexualidade do portador de sequela de queimadura: a busca (o encontro) do prazer*. 1996. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, 1996.

O FLUMINENSE. Niterói abalada por dantesca e lutuosa tragédia. 19 de dezembro de 1961, número 24117. Disponível em: < http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=100439_10&pesq=inc%C3%AAndio%20circo >. Acesso em: 07 fev. 2018.

OLIVEIRA, S. Alternativas ao gás de cozinha aumentam risco de queimaduras. O POVO. 16/05/2018. Disponível em: < <https://www.opovo.com.br/jornal/cidades/2018/05/alternativas-ao-gas-de-cozinha-aumentam-risco-de-queimaduras.html> >. Acesso em: 10 jun. 2018.

ONO, R. Parâmetros para garantia da qualidade do projeto de segurança contra incêndio em edifícios altos. *Ambiente Construído*, v. 7, n. 1, p. 97-113, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10)*. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8. ed. 10. ver. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Burns*. 2014. Fact sheet n. 365. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>>. Acesso em: 12 out. 2017.

PACHECO, J. D. S.; DAMASCENO, A. K. D. C.; SOUZA, Â. M. A.; BRITO, M. E. M. Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 11, n. 2, 2012.

PAN, R. *Reinserção escolar de crianças após queimaduras: um estudo etnográfico*. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

PARK, S. Y.; CHOI, K. A.; JANG, Y. C.; OH, S. J. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, v. 34, n. 1, p. 24-31, 2008.

PATTERSON, D. R.; EVERETT, J. J.; BOMBARDIER, C. H.; QUESTAD, K. A.; LEE, V. K.; MARVIN, J. A. Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin*, v. 113, n. 2, p. 362-78, 1993.

PECK, M. D. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns*, v. 37, n. 7, p. 1087-1100, 2011.

PEDRO, I. C. S. *Sentidos e significados da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico, atribuídos por famílias de crianças vítimas de queimaduras: um estudo etnográfico*. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2013.

PESCUMA JÚNIOR, A. J.; MENDES, A.; ALMEIDA, P. C. C. A evolução financeira do setor de queimados, sua legitimidade, seu financiamento e sua complexidade durante o período de 2002 a 2010. *Pesquisa & Debate*, v. 24, n. 1, p. 121-36, 2013.

PHILLIPS, C.; FUSSELL, A.; RUMSEY, N. Considerations for psychosocial support following burn injury a family perspective. *Burns*, Amsterdam, v. 33, n. 8, p. 986-994, 2007.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 65-112.

ROSSI, L. A. *O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia de problematização*. 1992. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, 1992.

ROSSI, L. A.; FERREIRA, E.; COSTA, E. C. F. B.; BERGAMASCO E. C.; CAMARGO, E. C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Rev. latinoam. Enferm*, v. 11, n. 1, p. 36-42, 2003.

ROSSI, L. A.; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. M.; BARRUFFINI, R. C. P. Queimaduras: características dos pacientes admitidos em um Hospital Escola de Ribeirão Preto. *Rev. Panam. Salud Publica*, Ribeirão Preto, v. 4, p. 401-404, 1998.

ROSSI, L. A.; VILA, S. C.; ZAGO, M. M. F.; FERREIRA, E. The stigma of burns: perceptions of burned patients' relatives when facing discharge from hospital. *Burns*, v. 31, n. 1, p. 37-44, 2005.

ROSSO, T. *Incêndios e arquitetura*. São Paulo: FAUUSP, 1975.

RUSSO, A. C. Sistematização do tratamento local das queimaduras. *Arq. Cir. Clin. Exp.*, v. 9, p. 167-182, 1945.

RUSSO, A. C. *Contribuição para o tratamento local imediato das queimaduras*. 1952. Tese (Doutorado) – FMUSP, São Paulo, 1952.

RUSSO, A. C. *Queimaduras*. 1953. Tese (Livre-Docência) – FMUSP, São Paulo, 1953.

RUSSO, A. C. *Queimaduras*. São Paulo: Luso-Espanhola e Brasileira, 1959.

RUSSO, A. C. *Tratamento das queimaduras*. São Paulo: Sarvier, 1967.

SANTA CATARINA. Lei Nº 16.285, de 20 de dezembro de 2013. Dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de sequela grave advinda de queimaduras e adota outras providências. *Diário Oficial* [de Santa Catarina], Florianópolis, 2013.

SANTOS JUNIOR, R.; SILVA, R. L. M.; LIMA, G. L.; CINTRA, B. B.; BORGES, K. S. Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Hospital de Urgências de Sergipe. *Rev Bras Queimaduras*, v. 15, n. 4, p. 251-255, 2016.

SCHERER, Z. A. P. *Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura: a importância do processo interativo paciente-enfermeiro de saúde mental*. 1995. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

SERRA, M. C., QUEIROZ, M. E., SILVA, V. P., BUFADA, M., ARAÚJO, N., MACIEIRA, L., BOUZAS, I. C. S. Perfil das queimaduras em adolescentes. *Rev Bras Queimaduras*, v. 11, n. 1, p. 20-2, 2012.

SHERIDAN, R. L. Comprehensive treatment of burns. *Current problems in surgery*, v. 38, n. 9, p. 657-756, 2001.

SILVA, A. F. Sinopse histórica do tratamento das queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA M.C.V.; PELLON, M. A. (Org.). *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. cap. 1, p. 01-02.

SOOD, R. *Achauer and sood's burn surgery, burn surgery, reconstruction and rehabilitation*. EUA: Saunders Elsevier, 2006. p. 134-137.

SOUSA, A. L. *Compreendendo a experiência da equipe multiprofissional em uma unidade de queimados*. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2011.

SOUZA, T. J. A. *Perfil sociodemográfico dos pacientes e a etiologia das queimaduras pela percepção de pacientes e familiares em um centro de referência para tratamento de queimados em Mato Grosso do Sul*. 2015. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS, 2015.

SPINK, M. J. P. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, v. 12, n. 1, p. 41-56, 2010.

SPINK, M. J. P. (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez, 2013.

SPINK, M. J. P.; LISBOA, M. S.; RIBEIRO, F. R. G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 29, p. 353-365, 2009.

SPINK, P. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

STUBBS, T. K.; JAMES, L. E.; DAUGHERTY, M. B.; EPPERSON, K.; BARAJAZ, K. A.; BLAKENEY, P.; KAGAN, R. J. Psychosocial impact of childhood face burns: a multicenter, prospective, longitudinal study of 390 children and adolescents. *Burns*, Amsterdam, v. 37, n. 3, p. 387-394, 2011.

TEIXEIRA FILHO, F. S. *As transmutações do corpo e a invenção da extrofia vesical*. 2000. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

TORRES, C. Mais de 60% dos queimados atendidos em hospital de referência são vítimas de acidentes com gás clandestino e álcool, diz médico. G1, Pernambuco, 13/12/2017. Disponível em: < <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/mais-de-60-dos-queimados-atendidos-em-hospital-de-referencia-sao-vitimas-de-acidentes-com-gas-clandestino-e-alcool-diz-medico.ghtm> >. Acesso em: 11 abr. 2018.

VALE, E. C. S. Inicial management of burns: approach by dermatologists. Rio de Janeiro: *An Bras Dermatol*, v. 80, n. 1, p. 9-19, 2005.

VANA, L. P. M. *Estudo comparativo de matrizes dérmicas de colágeno bovino com e sem lâmina de silicone no tratamento da contratatura cicatricial pós-queimadura: análise clínica e histológica*. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2017.

VANA, L. P. M. Zeitgeist—o espírito do tempo. *Rev Bras Queimaduras*, v. 15, n. 4, p. 233-234, 2016.

WALLIS, H.; RENNEBERG, B., RIPPER, S.; GERMANN, G.; WIND, G.; JESTER, A. Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. *Journal of burn care & research*, v. 27, n. 5, p. 734-741, 2006.

WERNECK, G. L.; REICHENHEIM, M. E.; CORPEGGIANI, R. Aspectos psicossomáticos das queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. cap. 24, p. 224-229.