

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

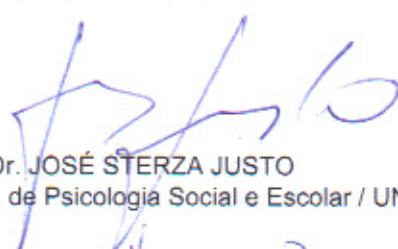
TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DA QUEIMADURA: IMPLICAÇÕES SUBJETIVAS E SOCIOCULTURAIS

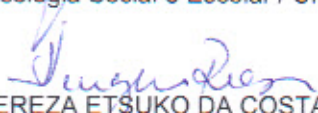
AUTOR: ABÍLIO REZENDE MACEDO

ORIENTADOR: JOSÉ STERZA JUSTO

COORDINADORA: 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 ETSUKO 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 (AL-MOUSAWI 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).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

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.

2.2. Objetivos específicos

- 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 as demandas de saúde da pessoa com sequelas de queimaduras, após a alta hospitalar;
- III- Gerar subsídios que possam contribuir com a formulação de propostas assistenciais às pessoas com sequelas de queimaduras.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Tratamento das queimaduras

Antes da explicitação dos principais referenciais teóricos que deram sustentação às discussões do presente trabalho, é necessária a conceituação de alguns termos utilizados, comumente empregados pela especialidade médica. Também mostramos como nos apropriamos dessas terminologias e como as usamos, ao longo do estudo.

Primeiramente, é necessário fazer uma diferenciação entre tratamento das queimaduras e tratamento da pessoa que sofreu queimaduras. Consideramos que, ao tratar das queimaduras, também estamos tratando do sujeito que se queimou, contudo, além dos cuidados biomédicos sobre esse corpo lesionado, existe um sujeito e uma demanda de cuidado que vai além da dimensão biológica do organismo.

Existem registros do tratamento das feridas de queimadura desde o homem de Neandertal, há 400 mil anos (HERNDON, 2012). Os eventos envolvendo lesões térmicas acompanharam a humanidade desde seu início e aumentaram, progressivamente, com o desenvolvimento e manipulação dos agentes térmicos. Em nossa contemporaneidade, com a expansão urbana, temos acesso cada vez maior a instrumentos cujo funcionamento ou finalidade envolvem eletricidade, agentes químicos ou combustão. Estes alteraram drasticamente a vida dos sujeitos, seja na vida privada, seja na esfera coletiva, favorecendo, nos mais variados modos, as ocorrências de queimaduras.

Pensar no tratamento das queimaduras consiste em conceber seu desenvolvimento, ao longo dos períodos históricos. Parte desse desenvolvimento aconteceu durante as grandes guerras, circunstâncias com alto número de feridos, as quais demandaram o aperfeiçoamento dos cuidados e tratamento, principalmente de ferimentos de queimaduras. Podemos compreender que o tratamento das queimaduras, mais concretamente, tem seu desenvolvimento conjuntamente ao da cirurgia plástica, no Ocidente. Até a década de 1930, as lesões térmicas eram tratadas de forma expectante. Baseando-se em Herndon (2012), Vana (2017, p. 4) salienta que

[...] as escaras eram observadas até a sua eliminação espontânea; as feridas curavam a partir de anexos cutâneos, por contração da ferida e cicatrização por segunda intenção. A sobrevida era baixa e a incidência de sequelas era alta. A resposta sistêmica às grandes queimaduras (mais de 20% de área corpórea queimada) era pouco compreendida e grande porcentagem dos pacientes morria nas primeiras 24 a 48 horas pós trauma; muitos dos que

sobreviviam por mais tempo, morriam no período de 10 dias pós-queimadura em decorrência de infecções.

A partir de 1940 e 1950, inúmeros estudos aprofundaram substancialmente os conhecimentos sobre o tratamento das queimaduras. O avanço dos tratamentos cirúrgicos, a melhor compreensão da fisiopatologia, a melhoria do atendimento inicial, o aperfeiçoamento dos cuidados respiratórios com equipamentos mais sofisticados, a utilização de antibióticos mais potentes e o início da inclusão de novas especialidades no campo das queimaduras, com profissionais da Nutrição, Fisioterapia, Medicina Intensiva, Enfermagem, trouxeram uma significativa redução da morbimortalidade e aumento da sobrevida do paciente com queimaduras (RUSSO, 1959; SHERIDAN, 2001).

Sucessivamente, é verificado o crescente desenvolvimento de sofisticadas técnicas cirúrgicas no tratamento das queimaduras, sobretudo pelo aperfeiçoamento da enxertia de pele, na década de 1970 (VANA, 2017). O enxerto de pele é um procedimento médico em que se retira de uma região não lesionada do corpo uma porção de pele, a qual é aplicada em uma outra região do corpo que foi lesionada. A enxertia é considerada uma das técnicas mais eficientes, e seu aperfeiçoamento cooperou para a redução de mortes em decorrência de queimaduras.

3.2. Lesão, formação de cicatrizes e sequelas de queimadura

Todo processo cicatricial decorre da criação de uma ferida. A ferida de queimadura é concebida como uma lesão em determinada região do corpo, que corresponde tipicamente a uma laceração ou quebra de membrana, com danos aos tecidos envolvidos (VANA, 2017). Após a lesão, a formação de cicatriz é influenciada por uma série de fatores, como a região do corpo lesionada, os cuidados profiláticos (técnicas cirúrgicas, radioterapia ou infiltração com corticosteroides), doenças crônicas, sexo, idade, raça, tipo de pele ou até mesmo estilo de vida (exposição solar e tabagismo, por exemplo) (VANA, 2017).

Na contemporaneidade, mesmo se adotando as mais sofisticadas técnicas de tratamento, em virtude da profundidade e extensão de determinadas queimaduras, é comum a formação das chamadas cicatrizes retráteis ou retrações. Esse tipo de cicatriz é comumente caracterizado pela especialidade médica como sequela de queimadura.

O tratamento das sequelas de queimadura consiste na fase de acompanhamento posterior ao tratamento da fase aguda do paciente queimado, ou seja, quando não se têm mais lesões ou feridas, as quais impliquem em alterações clínicas ou necessitem de internação. É importante ressaltar que esse tipo de sequela tem variações em sua classificação, podendo transitar de uma sequela leve a inexistente ou severa.

Não há, na literatura científica, uma definição específica para as sequelas de queimadura (SOOD, 2006), contudo, estas são comumente definidas, dentro da especialidade médica, como uma alteração indesejada na pele, derivada de queimadura (VANA, 2017). Conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID), em sua 10ª edição (2006), “sequela” pode ser concebida como um “[...] efeito residual (condição produzida) após a fase aguda de uma doença ou de lesão que tenha terminado.”

Um assunto que ainda não foi discutido com a devida atenção é o reconhecimento da inclusão da pessoa com sequelas de queimadura como um deficiente físico. Diante da gravidade das sequelas de queimadura de algumas pessoas, elas poderiam ser consideradas deficientes cutâneos. Essa definição ainda não existe na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. A pessoa com sequelas de queimadura possui uma pele com características diferenciadas. As áreas atingidas pelas queimaduras não possuem a mesma capacidade de hidratação e termorregulação de uma pele sem queimaduras. Fisiologicamente, essa pessoa irá sofrer com uma série de intercorrências, devido às características de sua pele, estando impossibilitada de realizar diversas atividades.

Segundo Vana (2017), mesmo as lesões leves podem causar severas alterações psicológicas e sociais. Nessa perspectiva, busca-se propiciar ao sujeito um tratamento que englobe seus aspectos físicos, visando à recuperação funcional do corpo, conjuntamente aos seus aspectos psicológicos. Assinala o autor:

Em geral, os pacientes esperam que os resultados do tratamento cirúrgico sejam esteticamente agradáveis, bem como funcionalmente correto. Talvez mais do que outros pacientes, as suas expectativas quanto ao que querem e desejo frequentemente vão muito além das possibilidades reais das técnicas disponíveis na medicina. (p. 50).

Compreendemos que, após o tratamento das feridas, as ações passam a abranger diferentes níveis de demandas do sujeito, sendo necessária uma equipe

multidisciplinar para prover um tratamento adequado. Nessa perspectiva, o tratamento deve abranger não apenas a lesão física, mas o sofrimento e a busca de cuidado que essa pessoa apresenta. Esse tratamento não se dará somente no hospital ou com o cirurgião plástico que faz reparações cirúrgicas. Ocorrerá em diferentes níveis e mediante o acesso a diferentes redes de cuidado que promovam um tratamento integral.

Autores da área médica apontam que o tratamento da pessoa que sofre queimaduras é encerrado, quando suas expectativas quanto ao tratamento são atingidas ou quando se chega aos limites, dentro do aparato técnico e material disponíveis na Rede de Saúde (VANA, 2017; HERNDON, 2012). Nesse sentido, podemos conceber o tratamento em duas dimensões principais: a perspectiva subjetiva do sujeito sobre seu processo de adoecimento e saúde e a perspectiva em que o sujeito é contemplado ou não, em suas necessidades de saúde. A fim de pensarmos essas dimensões, construímos dois tópicos. Um diz respeito às redes de atenção em saúde e o tratamento integral da pessoa com sequelas de queimadura; o outro refere-se à relação do sujeito com seu processo de adoecimento e saúde.

3.3. O tratamento integral da pessoa com sequelas de queimadura

Antes da discussão sobre o tratamento da pessoa com sequelas de queimadura, é necessário abordar o Sistema Único de Saúde (SUS) e como poderíamos pensar a atenção em saúde em queimaduras, dentro dessa dinâmica.

O SUS é um projeto instituído em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil. Trata-se de um projeto nacional e democrático que teve seu início mediante a articulação de trabalhadores das áreas da saúde, pesquisadores e militantes dos mais diversos movimentos sociais. O SUS é perpassado por pilares que norteiam as suas ações, cuja meta maior é o acesso integral, universal e igualitário à saúde. Na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), ficou estabelecido que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem [...] o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (art. 196).

Um dos princípios do SUS consiste no “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.” (art. 198). Sobre a integralidade, temos a Lei 8.080/90, na qual é descrita como “[...] um conjunto

articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990).

Para Cecílio (2001), a integralidade pode ser compreendida em duas dimensões – a dimensão ampliada e a dimensão focalizada. A primeira ocorre nas relações entre as diferentes redes de saúde e envolve a articulação de múltiplas integralidades, as quais se articulam através de fluxos e circuitos, a partir das necessidades das pessoas que utilizam e demandam os serviços de saúde. Já a dimensão focalizada consistiria no contato dos profissionais de saúde e usuários e pode ser definida como o “[...] esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, a expressão individual das necessidades de saúde.” (p.116).

Segundo o autor, deve-se buscar uma melhor escuta das pessoas que procuram cuidados em saúde e, dependendo do momento em que o usuário se encontra, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos sofisticados (CECÍLIO, 2001). Sobre a integralidade na construção dos serviços, Pinheiro (2001, p. 65) acrescenta:

[...] uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Pensar em integralidade é pensar em trabalho integrado em rede, o qual não se dá apenas em um serviço, mas através de novos fluxos e novas possibilidades, mediante as diferentes portas de entrada do sistema de saúde. Parte-se da perspectiva de que o sujeito terá suas necessidades de saúde supridas nos serviços que acessou e por outros serviços que estariam articulados a ele. Cecílio (2012) destaca a importância de processos que “[...] vão desenhando fluxos, pontos de conexão e articulação entre os serviços de saúde.” No que tange à atenção à pessoa 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 de que necessitam. Pouco se sabe sobre o percurso que pessoas com sequelas de queimaduras realizam, após o período da internação hospitalar, dificultando o planejamento e a realização de ações efetivas quanto às suas necessidades em saúde.

Integralidade, nessa perspectiva, é a estratégia para que se construa, em um ambiente de universalidade, aquilo de que cada sujeito com a sua singularidade necessita. Integralidade não é juntar todas as ações e interligar os diferentes serviços, é algo que se dá principalmente no plano micro e que não consiste em uma intervenção sobre a “patologia”, mas na atuação sobre os diversos aspectos que compõem aquele sofrimento e aquela busca de cuidado de cada sujeito.

Tendo em vista a problemática trabalhada nesta pesquisa, pareceu-nos oportuno pensar as questões apresentadas pelas pessoas com sequelas de queimaduras, com base na Linha de Cuidado Integral.

Visando a atender os princípios e objetivos do SUS, as Linhas de Cuidado (LC) são definidas como ações em saúde planejadas que objetivam atender às necessidades específicas de determinados grupos da população. Pressupõem a construção de projetos terapêuticos adequados, acesso aos serviços e ações integradas. A Linha de Cuidado tem sido usada com outras problemáticas de saúde, como, por exemplo, na criação da “Linhas de cuidado hipertensão arterial e diabetes”, “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”, entre outras.

Segundo Franco e Franco (2012), Linha de Cuidado pode ser compreendida como

[...] imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. (FRANCO; FRANCO, 2012, s/p).

A LC, segundo a definição dos autores, constitui-se a partir do trabalho efetivado de forma integrada e interativa, que se dá entre os diversos profissionais e unidades produtivas, sendo o produto dessa cadeia a resolução das necessidades do sujeito. A LC é realizada a partir de Projetos Terapêuticos, concebidos como um conjunto de ações assistenciais planejadas por gestores, almejando a resolubilidade de determinado problema exibido pelo sujeito. Com base no Projeto Terapêutico, o profissional da saúde orienta o sujeito quanto ao caminho a ser percorrido na rede, considerando suas necessidades. Para Malta e Merhy (2010, p. 595), LC se configura como

[...] um fluxo contínuo, monitorado e controlado pelos atores que figuram como “gestores do cuidado”, ou “cuidadores”, encadeado em uma intensa rede de conversação na qual o centro da sua lógica é o processo de produção do cuidado pelos vários encontros que esse exige entre trabalhadores de saúde e usuário.

Ao pensarmos em LC, estamos nos voltando para uma produção do cuidado. Conforme Franco e Franco (2012, s/p), o trabalho deve estruturar-se da seguinte forma: o conhecimento do ato de cuidado, ou seja, os saberes técnicos estruturados como o da clínica são fundamentais; o correto uso dos instrumentos e protocolos, sem deixar que o trabalho fique amarrado e engessado no que diz respeito a essas diretrizes, mas procurem nos protocolos uma referência e apoio para o trabalho cotidiano; o ato de cuidar como campo solidário, humanizado de relações, onde acontecem fluxos de afetos entre trabalhador e usuário, fazendo com que este se sinta protegido pelos atos assistenciais.

A LC funciona como um projeto eficiente para ser aplicado nas ofertas de serviços de saúde voltados à pessoa com sequelas de queimadura. Estes se mostram presos a tecnologias duras, com grande enfoque biomédico e prevalência de tratamento apenas na instituição hospitalar. A LC, através do ordenamento dos dispositivos de saúde e dos processos de trabalho realizados, prioriza os sujeitos, buscando solucionar de forma satisfatória os problemas apresentados (FRANCO; FRANCO, 2012).

Ainda devemos estar atentos ao fato de que toda pessoa que está em busca de cuidado se torna frequentemente um objeto de conhecimento e aplicação de procedimentos, perspectiva que ainda impera nos serviços de saúde. O curar, o tratar e o controlar são ações restritas e construídas em função do desenvolvimento de uma relação distante, individualizante e objetificadora, que transforma as pessoas em meros alvos das intervenções (AYRES, 2001).

A interação entre os profissionais de saúde e usuários é peça fundamental para que se tenha eficiência, nas práticas de saúde. Ter em vista essa relação, reconhecendo os sujeitos em suas reais necessidades, torna-se sempre um desafio, pois “[...] nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades.” (AYRES, 2004, p. 84). O cuidar, nesse sentido, ainda que seja perpassado pelas competências técnicas, não deve estar estritamente preso a elas: “Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético.”

(AYRES, 2001, p. 70). O cuidado engloba dentro de si a dimensão da humanização das práticas em saúde, a necessidade de uma atenção integral à saúde e o respeito aos sujeitos, em sua diversidade e direitos (AYRES, 2009).

3.4. Processos de saúde-doença

Aproximar-se de uma compreensão sobre o processo de saúde-doença com sujeitos que sofreram queimaduras e possuem sequelas é algo extremamente complexo. Quando utilizamos a terminologia “experiência da queimadura”, procuramos englobar a dimensão subjetiva da pessoa que se queimou, pois partimos do pressuposto de que cada sujeito tem uma forma singular de adoecer e de buscar seu próprio estado de saúde, que é perceptível mediante os sentidos que atribui aos próprios eventos que vivenciou.

Compreendemos que a aproximação de um entendimento sobre processo saúde-doença-cuidado com relação a esses sujeitos só poderia ser possível associando esse processo ao modo de vida da pessoa e ao seu universo sociocultural. Aspectos psicossociais e socioculturais têm sido cada vez mais abordados, no campo teórico da Saúde Coletiva, com a intenção de qualificar e legitimar a assistência no SUS (FIGUEIREDO, 2012). Contudo, ainda predomina o modelo hospitalocêntrico como norteador das práticas em saúde.

Para dar norte às nossas discussões, optamos por adotar o conceito de normatividade vital, proposto por Georges Canguilhem (1904-1995), em sua obra *O normal e o patológico*, publicada em 1943 e revista em 1963 (2015). Buscamos, com base nos relatos que essas pessoas compartilharam conosco e da relação que foi estruturada entre pesquisador e participantes, aproximar-nos de uma compreensão de seus “modos de andar a vida”¹² e como, a partir do conceito de normatividade vital (CANGUILHEM, 1943/2015), foram capazes de instituir normas (ou não), para dar conta das exigências normativas diante de determinadas condições impostas pelas sequelas de queimadura. Não pretendemos incorporar de forma radical o conceito filosófico de normatividade ao tema, todavia, pareceu-nos oportuno pensar o caráter

¹² A expressão “modos de andar a vida” não é encontrada nas edições em português de *O normal e o patológico*. Essa tradução refere-se a “allures de la vie” (CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966). Nas edições brasileiras, a expressão foi traduzida como “modos da vida”, “modos de ser da vida”, entre outros. Pela leitura do artigo “Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira” (AYRES, 2016), atentamos para essa diferença e optamos por utilizar a expressão “modos de andar a vida”, a qual estaria mais condizente com a ideia do autor.

normativo da vida como chave de leitura dos processos de saúde-doença, com respeito às pessoas que possuem sequelas de queimaduras.

Canguilhem (1943/2015) fornece importantes contribuições para a discussão acerca das fronteiras entre o normal e o patológico. A partir da leitura do autor, torna-se possível um olhar reflexivo sobre a necessidade de reconstruir as relações entre ciências e técnicas aplicadas pela Medicina, propiciando a revisão crítica desses espaços e recursos das práticas de saúde (AYRES, 2016). Deriva, dessa compreensão, a importante ideia de produzir conjuntamente às pessoas com sequelas de queimaduras uma atenção em saúde que os reconheça como protagonistas no processo saúde-doença-cuidado e que esse caráter seja alvo de investimento e transformação do cuidado.

Para Canguilhem (1943/2015), a Medicina é fundamentalmente uma prática, na qual a delimitação da patologia e da normalidade não poderia se dar de forma estritamente objetiva e neutra. A normalidade objetiva, aquilo que é estatisticamente demonstrável, não atende de forma efetiva à dimensão do normal e do patológico, sendo compreendido, pois, em função do conceito de normatividade.

A hipótese de Canguilhem (1943/2015) está em considerar que o processo de adoecimento implica uma experiência do vivente que depende da relação firmada entre o organismo e o meio em que ele se encontra, ou seja, “[...] na medida em que é normativo em relação às flutuações do seu meio.” (CANGUILHEM, 2015, p.166). A saúde é tomada como abertura às transformações que são inerentes à vida, pois a doença compõe parte da experiência de todo ser vivente.

A normatividade é pensada enquanto capacidade de instituir normas, no interior das experiências de vida dos seres vivos singulares. Canguilhem (1943/2015) aborda o sujeito concreto consciente de sua dor e de sua incapacidade funcional e social, o qual, vivenciando a doença como um drama de sua história, percebe mudadas suas relações de conjunto com seu meio (*entourage*): “O estado patológico expressa a redução das normas de vida toleradas pelo ser vivo, a precariedade do normal estabelecido pela doença.” (CANGUILHEM, 2015, p. 166). Também contesta a tese do médico René Leriche, segundo o qual, para se compreender a doença, é preciso “desumanizá-la” e, ainda, no estudo do patológico, o que interessa é apenas a alteração anatômica ou o distúrbio fisiológico.

O normal, para ele, é a condição do sujeito normativo tomado em sua totalidade real, sendo capaz de criar normas de vida. Dessa maneira, a experiência da

queimadura pode ser tomada como normal, desde que, por meio dela, o sujeito expresse a sua normatividade. A sequela de queimadura, nessa perspectiva, apresenta-se como anomalia (diferença), na qual as especificidades da lesão apresentam uma diferença com relação ao que se observa com mais frequência e usualidade, em outros corpos. A anomalia não seria em si uma anormalidade patológica, todavia, uma diferença quanto ao que é mais constante e comum nas pessoas e que, ao mesmo tempo, expressa a variabilidade e a plasticidade da condição humana. Trata-se de uma diferença que acena para novas possibilidades, contudo, quando essa anomalia (diferença/variação) traz consigo um valor prejudicial à vida, passa a ser uma anormalidade (patologia), que implica um obstáculo a um padrão normativo anterior. A patologia consistiria em uma capacidade normativa insuficiente, diante das contingências do meio, a qual não consegue se transformar em outra norma. A chave central para entender essa dinâmica é o conceito da normatividade, pois, para Canguilhem (2015), ter saúde não é a ausência de doença, ter saúde é ser um sujeito normativo (adoecer e ter a capacidade de se recuperar).

Poderíamos pensar a relação saúde-doença com a pessoa que possui sequelas de queimaduras em dois planos: o plano objetivo, no qual prevalece a condição biológica de seu corpo; e o plano da experiência subjetiva, que concerne ao modo como essa pessoa lida com as mudanças trazidas pelas sequelas, sejam elas no âmbito particular, sejam elas no âmbito social. Ao aludirmos a experiência subjetiva, não estamos direcionando nossos olhares ao nível de lesão apresentado, mas em como esse sujeito, em face dessa nova condição imposta em sua vida, é impactado positivamente ou negativamente em suas interações com o meio em que vive, na realização de atividades, mobilidade, comunicação ou nos relacionamentos interpessoais.

A compreensão das sequelas de queimadura como patologia depende da experiência de cada sujeito e de como estes sujeitos “[...] positivamente desejam em relação aos seus modos de andar a vida.” (AYRES, 2007). O cuidado, orientado por essa perspectiva, não consiste na busca do estado ou condições anteriores à doença, muito menos em uma adaptação do sujeito diante de seus impasses subjetivos e limitações físicas. O Cuidado em Saúde teria em vista a interpretação em conjunto desses problemas, o acolhimento do sofrimento do sujeito, e se tornaria mais um dos instrumentos de expansão da capacidade normativa do sujeito, o que se aproxima de

uma atenção em saúde que visa à superação e/ou recuperação de processos de adoecimento (AYRES, 2007).

Os estudos efetuados por Costa et al. (2008) e Carlucci et al. (2007) mostraram que, na concepção de determinados sujeitos, a queimadura é concebida como um marco que separa uma vida sadia de outra sem saúde, sendo que as sequelas da queimadura obstaculizam a continuidade do desempenho pleno de seu papel social. Parte dessa problemática se dá por conta das marcas cicatriciais visíveis. O corpo com marcas cicatriciais de queimadura pode enquadrar-se no que o sociólogo Erving Goffman (1975) designa como anormalidades do corpo, como as deformidades físicas visíveis, que tendem a evocar sentimentos negativos, no contexto social.

Segundo Ferreira (1994), o corpo é emblemático de processos sociais, em que se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base da vida social. Nesse sentido, o corpo é concebido e tratado por diversas especialidades disciplinares, tais como a Medicina, a Psicologia, a Pedagogia, a Educação Física e, sobretudo, no âmbito das discussões sociológicas, fornecendo subsídios para análise dos complexos fenômenos sociais que envolvem a corporeidade, no mundo contemporâneo.

Os trabalhos de Goffman marcam uma distinção na produção do conhecimento em Psicologia Social, fazendo parte de uma vertente denominada Psicologia Social Sociológica, a qual se constituiu em contraposição à Psicologia Social Experimental (SPINK; FREZZA, 2013). Enfatiza Goffman (1975, p. 11):

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias: os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas.

O que se diferencia do “comum” e “natural” pode vir a possuir um caráter estigmatizante. *Estigma* é, por conseguinte, a situação do indivíduo que se encontra inabilitado para a aceitação social plena, ou seja, um sujeito que possui uma marca ou um atributo que denota um *status* desvalorizado, trazendo prejuízos às suas interações sociais.

As discussões promovidas por Goffman (1975) influenciaram uma série de estudos contemporâneos, tendo grande importância, inclusive, no campo da saúde. Trata-se não somente de considerar o estigma em sua dimensão social, mas de

compreender como esse fenômeno impacta negativamente a vida dos sujeitos afetados (LINK; PHELAN, 2001; TEIXEIRA FILHO, 2000; ARRUDA, 2009).

Uma das discussões possíveis dentro da relação entre saúde e estigma é a compreensão de que, em determinados contextos, sujeitos que portam características referentes a uma determinada condição de saúde recebem estereótipos negativos. Nessa perspectiva, abre-se um leque de possibilidades sobre os efeitos desse fenômeno. O sujeito pode ter a percepção dessa relação associada à sua condição (estigma percebido) e, não raro, ao tomar consciência de que reúne determinadas características que comportam um estereótipo negativo, incorporar essa condição (estigma internalizado), o que resultaria em atitudes e crenças negativas sobre si mesmo (CORRIGAN; RAO, 2012; LIVINGSTON; BOYD, 2010).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste item, arrolamos os principais referenciais metodológicos que engendraram a construção deste trabalho. Buscamos 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.

Optamos por um estudo de caráter qualitativo, em que foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Conforme Minayo (2011), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (p. 21-22). Foi privilegiado um conhecimento que partiu dos próprios sujeitos da pesquisa, acerca de suas próprias experiências (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Optamos por abarcar os aspectos psicossociais e socioculturais da experiência de queimadura, pois são eles que engendram os processos de significação nos quais os sujeitos apreendem os sentidos de si e do seu mundo.

Alguns autores têm ressaltado a importância de repensar o cuidado, nos serviços de saúde, “[...] no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente.” (CECÍLIO, 2001, p. 116). Assim, compreendemos que os sujeitos participantes da pesquisa são atores ativos no processo de cuidado, partindo daí a necessidade de se escutar o que os sujeitos com sequelas decorrentes de queimadura tinham a dizer.

Os procedimentos usados nesta pesquisa incluíram diversas fontes de informação, tais como documentos, *sites*, observações, entrevistas, reuniões e participação em eventos. É necessário olhar para além dos indicadores quantitativos e problematizá-los como construção de fatos (SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009). Tendo por base a noção de “campo-tema” de Peter Spink (2003), concebemos a pesquisa como um processo construído à medida que se faz o pesquisar, o qual não é estático, plano ou linear. A concepção de pesquisa, aqui adotada, supõe um ponto de partida, por meio do qual “[...] iria se caminhando sem saber direito como e onde.” (SPINK, 2003, p. 20). Podemos afirmar que pesquisa é um processo contínuo de abertura e fechamento, e é essa processualidade que dá movimento à pesquisa.

De acordo com Mary Jane Spink (2010), a articulação entre Psicologia Social e Saúde se dá em contextos complexos, nos quais cultura, política e história se misturam. Ao lidar com os aspectos multidimensionais do campo da Saúde, é necessária a incorporação de conhecimentos advindos das mais variadas disciplinas. Dessa maneira, o trabalho foi construído a partir de produções de conhecimentos derivados da Antropologia, Sociologia, Política, Administração e Medicina, assim como da própria Psicologia Social. É importante a familiaridade com esses domínios, situando diversas práticas de caráter político: sentidos culturais e históricos contextualizados sobre saúde e doença; a atenção à saúde como estratégia de governamentalidade e suas tensões referentes à ressignificação da Saúde como direito e dever (SPINK, 2010, p. 47). Para a autora, práticas em saúde exigem comunicação, o que demanda uma compreensão mútua dos repertórios usados para dar sentido aos assuntos que envolvem saúde e doença. Na pesquisa de campo, o pesquisador está situado no local onde ocorrem as relações e como se dá a comunicação entre profissionais de saúde e usuários. Trata-se de ações em contextos locais e que se dão no cotidiano.

Ao pesquisar no cotidiano, o pesquisador deve se posicionar como membro da comunidade, sendo possível a interpretação das ações que se desenrolam nos espaços e lugares nos quais se dá a pesquisa – porque fazemos parte dessa comunidade e compartilhamos normas e expectativas que nos permitem pressupor uma compreensão compartilhada (SPINK, 2007). Em relação à pesquisa de campo, temos a obrigação de revelar quem somos, o que estamos fazendo e com que finalidade, assim como temos o compromisso de devolução dos resultados e, em determinados casos, até mesmo o compromisso de coconstrução explícita das interpretações (SPINK, 2007, p. 11). Quando pesquisamos no cotidiano, somos partícipes das ações que se desenrolam em espaços de convivência mais ou menos públicos. Fazemos parte do fluxo de ações, ou seja, integramos essa comunidade e compartilhamos de normas e expectativas que nos possibilitam pressupor uma compreensão compartilhada dessas interações.

A Psicologia Social, por seu caráter interdisciplinar, faz uso de metodologias trazidas de outros campos das ciências humanas, tais como a Antropologia, a Filosofia e a Sociologia (SPINK, 2010). Nesse sentido, os referenciais teóricos deste trabalho buscaram contemplar os seguintes temas: processo de saúde e adoecimento na experiência da queimadura, corpo e estigma na contemporaneidade e reflexões sobre

a atuação em Saúde com pessoas que possuem sequelas de queimadura, a partir da perspectiva da Saúde Coletiva. Para dar ancoragem à problemática apresentada na presente pesquisa, optamos por trabalhar mediante o arcabouço teórico-metodológico de Goffman (1975) e Canguilhem (2015), assim como à luz de produções que trazem a construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde (AYRES, 2001, 2004, 2007, 2016; CECÍLIO, 2001, 2012; FIGUEIREDO, 2012; MALTA; MERHY, 2010; PINHEIRO, 2001 e outros).

4.1. Procedimento para coleta de dados

Antes de iniciarmos a coleta de dados, procuramos informações sobre as Unidades de Tratamentos de Queimaduras existentes no Estado de São Paulo. Essa busca teve como objetivo avaliar o local mais propício para a inserção do Pesquisador. Consideramos o deslocamento territorial que iria ser feito pelo Pesquisador, em um período de seis meses; o número de pacientes atendidos pela instituição, anualmente, tendo em vista o *tratamento de grande queimado de alta complexidade*; e a receptividade da instituição, quanto à realização da pesquisa.

Optamos por realizar a pesquisa em parceria com a Unidade de Tratamentos de Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, situada na cidade de Guaratinguetá, São Paulo. A Unidade apresentou um expressivo contingente de atendimentos com pacientes queimados. O Pesquisador tinha conhecimento do território onde a Instituição estava situada, região do Vale do Paraíba. Um outro fator determinante para a escolha desse local foi o fato de recebermos a informação de que a Unidade nunca havia participado de uma pesquisa acadêmica.

A apresentação do Pesquisador e da proposta da pesquisa se deu, inicialmente, pelo telefone. Após a Santa Casa ter mostrado interesse na realização da Pesquisa, o projeto foi enviado por *e-mail* a diferentes chefias da Instituição. Houve uma avaliação do Projeto de Pesquisa e, depois, recebemos um retorno positivo quanto à sua efetivação. Em dezembro de 2016, o Pesquisador foi presencialmente à Instituição, explicou novamente a proposta da Pesquisa e esclareceu todas as dúvidas à equipe, no que se relacionava à sua presença no local. Foram assinados dois termos de compromisso, uma cópia ficou com o Pesquisador e a outra com as chefias da Santa Casa. O primeiro Termo foi assinado pelo Chefe da Divisão Médica de Cirurgia Plástica e Reparadora da Unidade de Queimados da Santa Casa de Misericórdia de

Guaratinguetá (ANEXO I) e o segundo Termo foi assinado pela Gerente de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá (ANEXO II).

4.2. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética da FCL-Campus de Assis, com a autorização para realização da pesquisa e das entrevistas individuais, concedida pelos responsáveis da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, devidamente anexada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FCL-Campus de Assis (CAAE: 60050216.0.0000.5401/Número do Parecer: 1.823.699), no dia 17 de novembro de 2016.

4.3. Local da realização das entrevistas

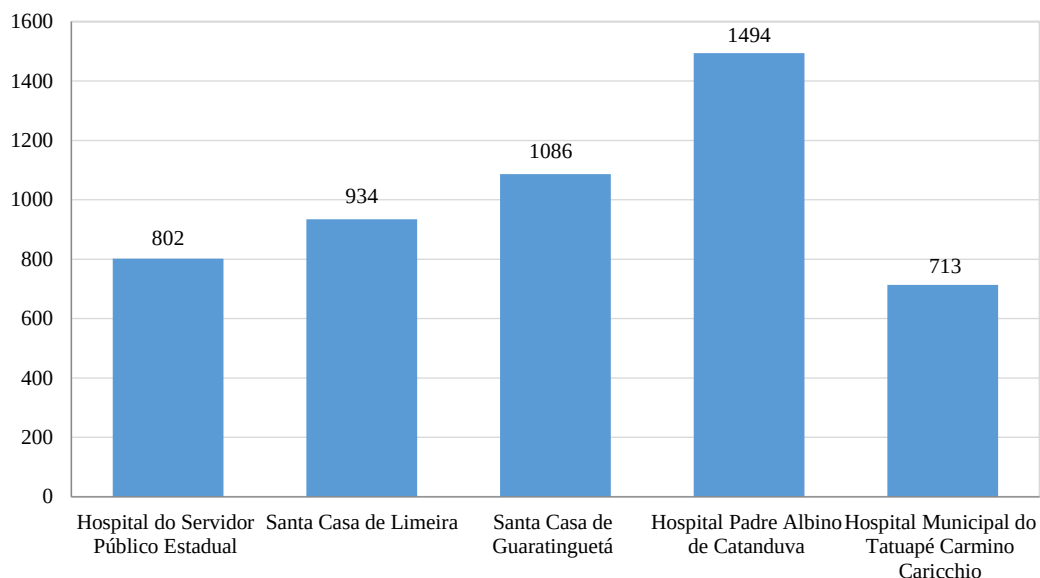
Parte das entrevistas foi feita na Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá¹³, credenciada como de alta complexidade pelo Ministério da Saúde e que possui Unidade de Tratamentos de Queimados (UTQ). A outra parte das entrevistas foi efetuada na própria residência dos sujeitos.

A Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá é uma entidade filantrópica, privada, sem fins lucrativos. Oferece assistência médico-hospitalar à população do município e região, fazendo parte da rede de hospitais prestadores de serviços ao SUS e atendendo também usuários das operadoras de saúde, empresas de saúde de autogestão, seguros-saúde e outros. Funciona com 184 leitos, divididos em 10 setores especializados, sendo complementadas por serviços de Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional.

De acordo com o DATASUS (2016), selecionando a opção de *atendimento de urgência em grande queimado e tratamento de grande queimado de alta complexidade*, no período correspondente a janeiro de 2008 até março de 2016, a Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá atendeu a 1.086 pacientes, um número representativo, sendo o segundo local que mais recebeu usuários no Estado de São Paulo, conforme a Figura 1.

¹³ A Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá está localizada na Rua Rangel Pestana, 194 - Centro, Guaratinguetá - SP, 12501-090, Brasil.

Figura 1. Atendimento de urgência em grande queimado e tratamento de grande queimado de alta complexidade, no período correspondente a janeiro de 2008 a março de 2016.



Fonte: DATASUS (maio/2016): Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - São Paulo.

O local mais propício para a localização e abordagem das pessoas com sequelas de queimaduras foi o Ambulatório da Santa Casa, onde, semanalmente, pacientes que já haviam recebido alta hospitalar retornam para consultas médicas.

4.4. Participantes da pesquisa

Conforme Minayo (2010), o critério a ser adotado para amostragem dos participantes em pesquisa qualitativa não é numérico. A amostra ideal é aquela que reflita a totalidade do objeto em estudo. Dessa maneira, o número de sujeitos deste trabalho foi obtido, considerando-se o processo de aquisição dos dados, paralelamente à análise, até o alcance dos objetivos propostos.

Realizamos 12 entrevistas que contemplaram diferentes circunstâncias, as quais culminaram em graves queimaduras, tais como acidente doméstico, acidente em estabelecimento comercial, atentado criminoso, acidente de trabalho, autoagressão, acidente automobilístico e um referente a uma tragédia de grandes proporções. Todos os participantes receberam o diagnóstico de grande queimado, sendo que sete dos participantes tiveram queimaduras parciais ou totais na face.

As entrevistas foram orientadas pela técnica de entrevista individual semiestruturada, para a qual elaboramos um roteiro. Essa técnica favorece a

produção de depoimentos e narrativas que constituem o material empírico a ser trabalhado (MINAYO, 2010). As entrevistas evidenciam a qualidade de “[...] enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação.” (MINAYO, 2010, p. 122).

As entrevistas foram efetuadas em horário previamente estabelecido, em locais que asseguraram um ambiente tranquilo, confortável e livre de interrupções. As questões abordadas na entrevista foram contempladas pelos tópicos norteadores localizados no APÊNDICE I. Acreditamos que, na pesquisa qualitativa, a produção de informação não se dá de forma dissociada com a produção de instrumentos. Mantivemos os tópicos norteadores formulados inicialmente, no projeto de pesquisa, contudo, em alguns momentos, determinadas questões passaram por uma revisão, com a finalidade de adaptação às eventuais condições que surgiam ao longo do processo da pesquisa.

Os critérios apontados para a participação, nesta pesquisa, foram: sujeitos maiores de 18 anos de idade, independentemente do gênero, que apresentavam sequelas visíveis tanto estéticas como funcionais decorrentes de queimaduras, os quais tinham passado ou não por cirurgias reparadoras e que já haviam tido alta hospitalar.

4.5. Estratégias de campo e roteiro de entrevista

O processo de coleta de dados foi dividido em dois momentos: no período da manhã, com início do atendimento aos usuários do ambulatório, realizamos a abordagem dos sujeitos que apresentavam sequelas visíveis tanto estéticas como funcionais, decorrentes de queimadura, na sala para atendimento ambulatorial. Essa abordagem teve como finalidade o convite para a participação na pesquisa.

De modo a assegurar o êxito na localização desses sujeitos, utilizamos a técnica de seleção de sujeitos conhecida como *snowball* (BALDIN; MUNHOZ, 2011; BIENACCKI; WALDORF, 1981). A técnica consistiu em utilizarmos, por meio de nossa rede de relações, indicações sobre a população em estudo que atendiam aos critérios fixados na pesquisa.

No segundo momento, após a exposição da proposta da pesquisa e a obtenção do consentimento do sujeito em participar do estudo, foi combinado um local e data

para a entrevista. As entrevistas foram gravadas com o uso de um gravador de voz digital e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Também optamos por adotar, como técnica qualitativa, a Observação Participante. Essa técnica possibilita a participação ativa do Pesquisador nas relações com os sujeitos da pesquisa, complementa os dados colhidos nas entrevistas e possibilita a ampliação da compreensão do Pesquisador da realidade empírica dos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2008, p. 261-297).

4.6. Interpretação do material coletado

Para a análise dos dados, empregamos como técnica a análise de conteúdo, em sua modalidade temática (MINAYO, 2010). Enquanto um recurso de análise qualitativa, permite um amplo processo de compreensão dos fenômenos estudados, envolvendo toda a sua complexidade e dando ênfase à realidade dos sujeitos pesquisados. A trajetória analítico-interpretativa percorreu os seguintes passos: (I) contato exaustivo com o material (leitura flutuante); (II) apreensão das particularidades do material gerado pela pesquisa original, identificação e recorte temático dos depoimentos acerca das questões investigadas; (III) organização do material, considerando critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (constituição do *corpus*); (IV) determinação de palavras-chave ou frases, recortes, modalidade de codificação e conceitos teóricos a serem analisados no estudo; (V) exploração do material, visando a alcançar os núcleos temáticos e, na sequência, correlacionar os núcleos de sentidos de cada fala e (VI) elaboração da síntese interpretativa (MINAYO, 2010; 2012). Por último, na análise final, articulamos e analisamos os dados empíricos, a partir dos elementos acima referidos, com as questões propostas pelos objetivos da pesquisa e referencial teórico adotado.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS¹⁴

5.1. Apresentação dos participantes da pesquisa

Colaboradora 1

A Colaboradora 1 era uma mulher de 38 anos, branca, tinha um filho adolescente, era recém-casada e vivia com o marido. Possuía ensino superior completo, era professora, formada em Pedagogia. Por conta do tratamento das sequelas das queimaduras, estava afastada temporariamente do trabalho. Sua queimadura ocorreu em um restaurante, quando estava em horário de almoço. A Colaboradora 1 e uma amiga entraram em um restaurante e foram em direção às bandejas de alimentação para se servirem. Nesse momento, uma funcionária do estabelecimento abastecia um *réchaud*, utilizando álcool líquido. A chama do *réchaud*, que permanecia acesa, em contato com álcool, fez com que o fogo aumentasse. A funcionária assustou-se e arremessou o objeto na direção da Colaboradora 1 e sua amiga, atingindo ambas e ferindo-as gravemente. A amiga acabou falecendo, durante o período de internação, por conta do incidente.

O acidente ocorreu em dois mil e dez. Aproximadamente seis anos após a ocorrência do evento que culminou na queimadura, a Colaboradora continuava fazendo tratamento fisioterápico, fonoaudiológico e psicológico. Também eram realizadas cirurgias plásticas, periodicamente.

Em um primeiro momento, logo após a queimadura, foi levada para uma Unidade Básica de Saúde, em seguida, para um Centro Médico que atendia a seu convênio de saúde. Diante da complexidade do caso, a equipe desse Centro Médico a encaminhou para um Hospital conveniado, em uma cidade com distância aproximada de 35 km. A Colaboradora 1 deixou claro que não compreendeu essa relação de escolhas de locais para atendimento e a transferência de um local para outro. Nesse Hospital conveniado, foi instruída por uma médica a tentar transferência para um Hospital que possuía atendimento especializado em queimaduras. Em um esforço conjunto com essa médica, a Colaboradora 1 foi transferida para uma Santa

¹⁴ As reflexões promovidas ao longo do desenvolvimento da pesquisa são derivadas de sucessivas discussões e articulações com o Orientador e a Coorientadora (José Sterza Justo e Mariana Dorsa Figueiredo, respectivamente), com profissionais da área de queimadura e, principalmente, com pessoas que possuem sequelas de queimadura. Quando se tratar de situações de campo vivenciadas apenas pelo Pesquisador, será utilizada a 1ª pessoa (eu), na escrita.

Casa que possuía uma Unidade Especializada em Queimaduras, com distância aproximada de 140 km da cidade onde residia e cerca de 94 km do Hospital conveniado no qual se encontrava.

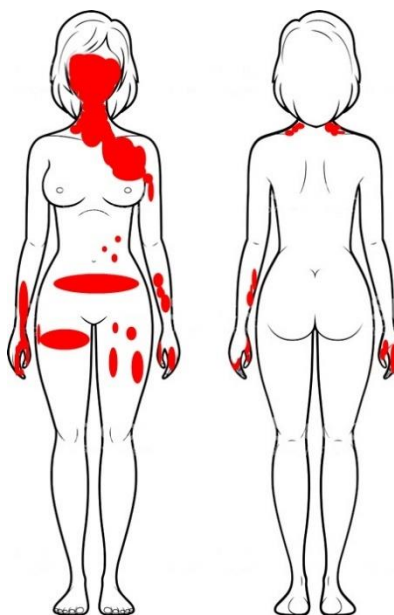
A Colaboradora 1 ficou internada vinte e um dias, e suas percepções sobre o tratamento, no período de internação e pós-internação, variam de relatos elogiosos a equipes treinadas e humanizadas a críticas quanto à insensibilidade de alguns profissionais, ausência de serviços de saúde e burocratização do acesso a esses serviços.

As queimaduras mais graves se concentraram principalmente na face, pescoço e seio. Também foram atingidos abdômen, coxas, antebraços e mãos (instintivamente, as pessoas buscam apagar o fogo com as mãos).

A Colaboradora 1 se apresentou como um desafio à equipe médica no tratamento pós-internação, ou seja, no tratamento das marcas cicatriciais da pele. Ela relatou que, quando jovem tinha muita acne, e, nesse período, já havia a formação de queloides e uma cicatrização ruim das espinhas. Logo que se queimou, a Colaboradora 1 – ainda no corredor do Hospital, sendo encaminhada para os primeiros cuidados emergenciais – passou a lembrar dessa cicatrização “difícil” e a se indagar como ficaria a sua aparência, considerando que o dano da queimadura era muito mais intenso do que as espinhas, no período da adolescência. Seus pensamentos foram condizentes com os desafios com que teve de lidar. Principalmente em sua face e pescoço, formaram-se grandes queloides.

Ao longo de todo o tratamento, efetivado em anos, sofria com dores e inchaços acentuados nas feridas. Além disso, tinha de lidar com a visibilidade acentuada das cicatrizes, o que gerava constrangimentos em locais públicos, fazendo com que a Colaboradora 1 buscasse amenizar essas situações, colocando lenços em torno do pescoço e rosto. A utilização de cachecóis e lenços, aliás, tornou-se frequente em sua vida.

Figura 2. Colaboradora 1 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Um dos traços marcantes nos relatos da Colaboradora 1 foi a relação com o trabalho, após o evento da queimadura. Ela foi abruptamente retirada de suas atividades e submetida a um intenso tratamento, para melhorar as feridas. Consequentemente, teve que se afastar do trabalho de professora. Esse período de afastamento, que ela denominou como “ocioso”, lhe trouxe muito sofrimento e, conjuntamente a outros fatores, levou-a a iniciar psicoterapia.

Movida pela necessidade de manter seu trabalho, um recém-concurso no qual havia sido classificada, a Colaboradora 1 voltou a trabalhar. Através de seu depoimento, pudemos perceber a dificuldade, na conciliação entre trabalho e tratamento, para aqueles que cuidam das sequelas de queimadura. Ela passou a se atrasar, tanto no trabalho quanto nos agendamentos de tratamento. Relatou um grande cansaço mental e físico, intensificados pela sensação de insegurança sobre a eficácia e duração do tratamento, sobre a burocratização dos procedimentos de saúde e sobre a constante necessidade de explicar os ferimentos para transeuntes, colegas de trabalho, alunos e pais de alunos. Isso fez com que, com apoio institucional e de colegas, a Colaboradora 1 se afastasse de suas atividades laborais, com a finalidade de se dedicar ao tratamento, de forma efetiva.

A continuidade de seu tratamento se dava em diferentes vias, realizando acompanhamento psicológico, submetendo-se a cirurgias para reduzir as sequelas

motoras e estéticas e acessando diversos serviços ofertados por uma ONG da cidade de São Paulo, a qual direciona suas ações à pessoa com sequelas de queimaduras.

A Colaboradora 1 destacou a importância dos grupos formados ao longo desse período: ela foi uma das idealizadoras e criadoras de grupos de comunicação entre sobreviventes de queimaduras no Estado de São Paulo e do início da construção de uma Associação para sequelados de queimaduras. Parte de seu tempo era aplicado nesse “mundo das queimaduras”, onde ela auxiliava outras pessoas que haviam passado por circunstâncias semelhantes e estavam em busca de maiores garantias de ofertas de serviços de saúde voltados para essa população.

Colaboradora 2

A Colaboradora 2 era uma mulher de 34 anos, branca, solteira. No período da entrevista, vivia sozinha em sua própria residência. Atuava profissionalmente como Operadora de Monitoramento e estava empregada. Contudo, informou que já tinha sido avisada pela empresa de que seria desligada. Ela aludiu à preocupação com o período posterior à demissão, já que escutava de outras mulheres que possuíam sequelas de queimaduras a reclamação recorrente de enfrentarem dificuldades para conseguirem emprego, associadas principalmente às cicatrizes visíveis, as quais seriam um empecilho no processo de admissão no trabalho.

Assim como a Colaboradora 1, a Colaboradora 2 possuía significativa influência nos grupos de mulheres com sequelas de queimaduras, era a administradora de alguns grupos virtuais e recorrentemente promovia encontros presenciais de confraternização com outras pessoas que tinham sequelas. Apresentou grande conhecimento sobre a área de Assistência em Queimaduras, tinha uma visão crítica, discorrendo sobre as instituições, os tratamentos, profissionais e deficiências encontradas nos tratamentos existentes.

No período da entrevista, ela se submetia a dois tratamentos: cirurgias plásticas para melhora das marcas cicatriciais, aplicação de *laser* e outros procedimentos, como massagem e drenagem. A queimadura ocorreu por meio de fogo direto por combustão de gasolina, por um ato criminoso. Seu ex-namorado arremessou gasolina em seu corpo, sobretudo na face. De forma escrita, ela narrou o próprio evento:

Meu “acidente” foi em dezembro de 2010, na verdade uma tentativa de homicídio, provocado pelo meu ex-namorado! Fui encontrá-lo depois de um dia de tormento para que eu devolvesse o iPhone que ele havia me presenteado, fomos eu, minha mãe, minha cunhada e sobrinho de 1 ano!

Deixei o carro um pouco para baixo do local e subi a pé, minha mãe veio atrás, quando me aproximei dele, ele rapidamente me deu uma gravata tirou de trás do corpo uma garrafa pet com gasolina (estava presa no shorts), e em questões de segundos ateou fogo! Eu desmaiava e voltava e via minha mãe lutando com ele para me salvar!!! Quando finalmente o ouvia longe gritando por perdão, acordei meio sem entender o que havia acontecido!!! Não imaginava que minha mãe também tinha se machucado! Entramos na ambulância e ela agiu como se não tivesse sido ferida! Bom, enfim, o fogo destruiu meu rosto e 40% do meu corpo! Minha mãe deitou em cima de mim e me abraçou com uma toalha, nessa hora ele jogou gasolina nas costas dela... eu fiquei internada 2 meses e após a minha alta (3 dias depois) minha mãe faleceu por infecção generalizada... fiquei em coma induzido por 9 dias! Não sei ao certo quantas cirurgias já fiz, talvez umas 25 e tenho mais 5 reparações e uma vida inteira de tratamentos pois sempre vou querer melhorar (laser, massagens, drenagens etc.)... o meu agressor faleceu alguns dias depois do ocorrido, ele se queimou ao me abraçar e só me soltou quando minha mãe interveio! A intenção dele era morreremos juntos, o motivo, não aceitou o fim do relacionamento!

Um dos dados fornecidos pela colaboradora nos chamou muito a atenção: o fato de ter relacionado o evento criminoso ocorrido com um outro evento criminoso, muito similar e que teve repercussão no noticiário internacional: o ataque com ácido sulfúrico a Katie Piper, uma modelo que foi agredida de forma similar. Ela terminara o relacionamento e, para se vingar, o ex-namorado contratou um indivíduo para realizar o ataque. A Colaboradora 2 afirma que, antes do ataque que sofreu, seu ex-companheiro havia visto no noticiário da TV uma matéria sobre o ataque contra Katie Piper (março de 2008) e que, supostamente, devia ter criado a ideia, trocando o ácido por gasolina (considerando a maior facilidade de adquirir gasolina, ao invés de ácido, no Brasil). A Colaboradora garante ter escutado isso diretamente dos familiares do agressor.

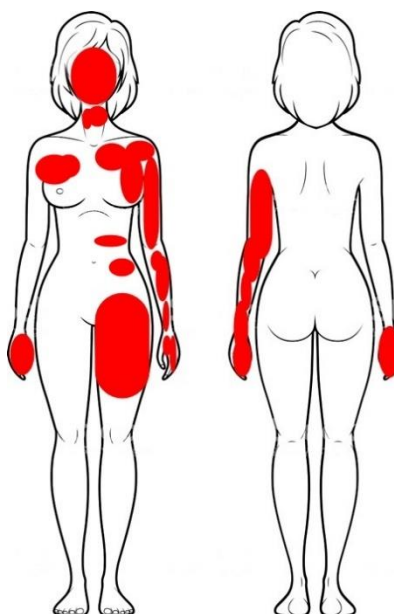
Logo após o evento, foi socorrida em um Pronto Socorro e, em seguida, encaminhada para um hospital, onde ficou nove dias em coma induzido. Depois, foi transferida para outro hospital que possuía uma unidade especializada em queimaduras.

Ela fez diversos tratamentos: psicoterapias (durante e depois da internação hospitalar), Fisioterapia, Fonoaudiologia e várias cirurgias. Os atendimentos emergenciais ocorreram mediante um convênio de saúde, enquanto os demais tratamentos foram financiados por uma ONG na cidade de São Paulo.

Foram realizadas em torno de vinte e cinco cirurgias, desde o evento, em um período de três em três meses. Em cada internação, eram feitas cerca de quatro a cinco diferentes cirurgias. Além das marcas cicatriciais na pele, a colaboradora ainda permaneceu com limitações na movimentação do ombro esquerdo (abdução ou

flexão) e uma limitação na mão esquerda (déficit de flexão e extensão dos dedos). As áreas atingidas foram: face, seio esquerdo, braço esquerdo e coxa esquerda. Quando foi atacada, sentiu o rosto e o cabelo em chamas, teve o reflexo de tentar apagá-las com as mãos, atingindo também a mão direita.

Figura 3. Colaboradora 2 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores.



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Conseguiu acessar diversos tipos de serviços de saúde, por meio de uma ONG de São Paulo, especializada em atender a pessoas com sequelas de queimaduras. Essa ONG existe desde 1997 e possui um programa de serviços multidisciplinares com atendimentos em Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Colaboradora 3

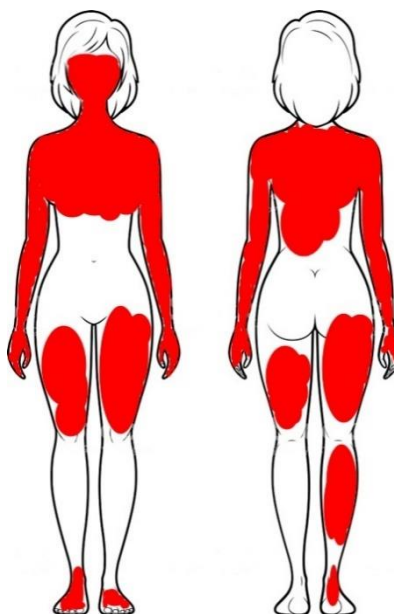
A Colaboradora 3 era uma mulher de 26 anos, branca, possuía Ensino Médio completo e estava finalizando o ensino técnico em Enfermagem. Morava em uma residência junto com o marido e, no período da entrevista, não estava tendo acompanhamento de saúde.

A Colaboradora 3 passou pela experiência da queimadura há dezessete anos, quando tinha nove anos de idade. Ela e a irmã, com sete anos de idade, estavam

brincando de queimar formiga com álcool líquido. Na sua versão sobre o evento que culminou na queimadura, a Colaboradora 3 disse que estava agachada, enquanto a irmã estava em pé, com o recipiente com álcool. O líquido passou a cair no corpo da Colaboradora 3, a qual só foi perceber quando o material entrou em combustão. A Colaboradora 3 teve uma grande extensão do corpo atingido pelas chamas, cerca de 90%.

Após o evento da queimadura, a Colaboradora 3 foi levada às pressas pelos familiares para um Pronto Socorro de uma cidade próxima, onde ficou internada por aproximadamente seis meses. As áreas mais afetadas foram a face, o tronco e as pernas. Passou por aproximadamente quinze cirurgias reparadoras, além de outras cirurgias menos complexas, para redução das sequelas.

Figura 4. Colaboradora 3 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

As sequelas afetaram significativamente sua movimentação corporal. Foram efetuadas cirurgias na boca, pois as queimaduras faciais reduziram a abertura da boca, atrapalhando sua alimentação. No período da entrevista, ela relatou que ainda eram necessárias novas cirurgias em sua boca. Conseguiu diminuir as sequelas motoras, por meio de tratamento ambulatorial em uma Unidade Especializada de Goiânia.

Além de ser a entrevistada com a maior extensão do corpo atingida pela queimadura, a Colaboradora 3 também foi a pessoa que apresentou a maior distância entre a residência e o local de tratamento. Ela residia com a família em uma pequena cidade do Pará e, no período de atendimento emergencial, foi atendida em um hospital de grande porte em Tocantins. Teve um deslocamento territorial de aproximadamente 330 km de distância de uma cidade a outra.

Após a saída da internação, continuou a fazer tratamento ambulatorial para corrigir as sequelas. A cidade em que residia ficava a 1200 km de distância de Goiânia, ou seja, diante do fato de as realidades da Região Nordeste e Norte não possuírem estrutura suficiente para atender às demandas das pessoas com sequelas de queimaduras, a Colaboradora 3 teve que se deslocar por longas distâncias para se tratar de suas sequelas. As mudanças e novas necessidades de saúde em sua vida foram tão intensas que ela se mudou para Goiânia, com a finalidade de continuar seu tratamento.

Uma ONG de Goiânia voltada às vítimas de queimaduras intermediou dezenas de tratamentos para a Colaboradora 3. Ela destacou essa fase como um processo duro e de muita luta, pois praticamente todas as cirurgias ocorreram através de processos judiciais. Realizou tratamentos para a recuperação da mobilidade e “liberação” da mão direita, das axilas, antebraços e cotovelos. Conjuntamente, desde o período de internação, necessitou de atendimento psicológico e fonoaudiológico. Também salientou que, durante um certo período, recebeu doações de pessoas que se comoveram com sua situação. Essas contribuições auxiliaram na suplementação alimentar e recuperação nutricional, pois, após a saída da internação, ela se encontrava “muito pequena e magra”.

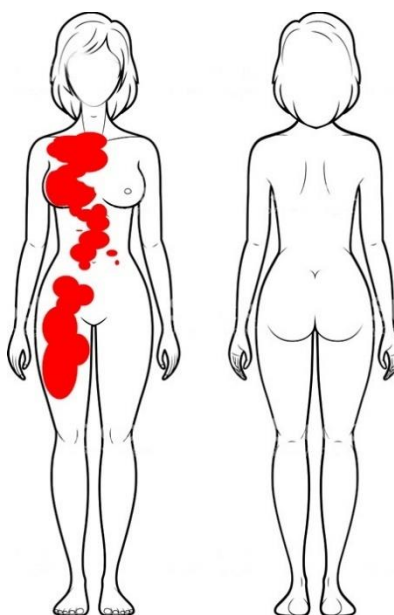
No período da entrevista, a Colaboradora 3 desenvolvia trabalhos voluntários na ONG de que recebeu e continuava a receber apoio. Estava frequentando um curso técnico em Enfermagem, movida pelo desejo de ajudar pessoas com sequelas de queimaduras e pessoas que passavam por situações tão críticas quanto a experiência da queimadura.

Colaboradora 4

A Colaboradora 4 era uma mulher de 56 anos, parda, com ensino superior completo. Trabalhou como enfermeira e estava aposentada. Residia junto com o marido e filho, que tinha deficiência intelectual. O evento que culminou na queimadura

ocorreu em 2012 e foi concebido como crime, uma lesão corporal grave. Uma de suas vizinhas soltou o cachorro para atacar seu filho. Após saber do ocorrido, ela foi até a frente da casa dessa vizinha para tirar satisfações. Quando estavam frente a frente, a vizinha arremessou duas vezes álcool líquido em sua direção. Ela não imaginava que se tratava de álcool e que a intenção da mulher era incendiá-la. Na segunda vez em que arremessou o álcool, a vizinha colocou fogo no corpo da Colaboradora 4, utilizando um isqueiro. Seu corpo foi tomado pelas chamas. Foi encaminhada para a emergência do município, em uma Santa Casa, permanecendo dois dias internada. Logo em seguida, foi transferida para uma Unidade Especializada, em um município vizinho, a cerca de 40 km de distância, onde ficou internada em torno de 25 dias. Realizou três cirurgias reparadoras e, no período da entrevista, afirmava que tinha sido avisada sobre a necessidade de retorno ao ambulatório, a fim de dar continuidade ao tratamento.

Figura 5. Colaboradora 4 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Todo o seu processo de internação e tratamento foi concretizado via SUS. Ela relatou que seu contato prévio com o trabalho em hospitais, a informação que possuía sobre os serviços e os contatos que tinha com outros profissionais atuantes facilitaram o tratamento. Mediante o SUS, obteve gratuitamente transporte para se deslocar para

a Unidade Especializada em outro município, medicação, materiais para curativos, atendimento com psiquiatra e acompanhamento psicológico.

A Colaboradora 4 trabalhou como enfermeira, antes da aposentadoria. Depois do evento que culminou na queimadura e de sua recuperação, voltou a trabalhar como agente de saúde, no município onde residia. De seu ponto de vista, sua vida mudou radicalmente depois do evento. Foram deixadas não só marcas no corpo, mas também em sua “alma”.

Em seu relato, apontou que entrou em uma profunda depressão, quando viu seu corpo modificado, passando também a ter muito medo das pessoas, inclusive dos vizinhos. Ao mesmo tempo, afirmou que foi uma experiência de vida que a fez crescer muito.

Durante seis meses, ela se deslocou diariamente para a Unidade para tomar banho e fazer curativo, momentos que lhe traziam muita dor física. Todo esse processo, de acordo com ela, a deixou mais “humana” e a fez refletir sobre sua própria atuação na saúde. Além de ingressar em um novo trabalho, ela mudou seu olhar sobre as pessoas e sobre o cuidado. De acordo com ela, antes do evento, era uma pessoa fria, a qual, quando ia realizar seu trabalho, estava preocupada com a execução do procedimento e não com as questões do usuário. Depois do evento, passou a respeitar e compreender de forma muito mais ampla o sofrimento do outro. Ela diz que “desenvolveu um olhar para o outro”.

Colaboradora 5

A Colaboradora 5 era uma mulher de 61 anos, branca, vivia junto com o filho e o marido. No momento da entrevista, era dona de casa, mas, durante muitos anos, trabalhara na feira vendendo frutas, um trabalho que gostaria de voltar a fazer, contudo, estava impossibilitada devido às sequelas de queimadura. Esse tipo de trabalho exige grande exposição ao sol e, devido às limitações na pele acarretadas pela queimadura, ela supõe que teria problemas de saúde. A Colaboradora 5 se apresentou como um dos casos de maior complexidade com que o Pesquisador teve contato. No período da entrevista, ela continuava em tratamento ambulatorial e estava prestes a se consultar para se submeter a mais cirurgias.

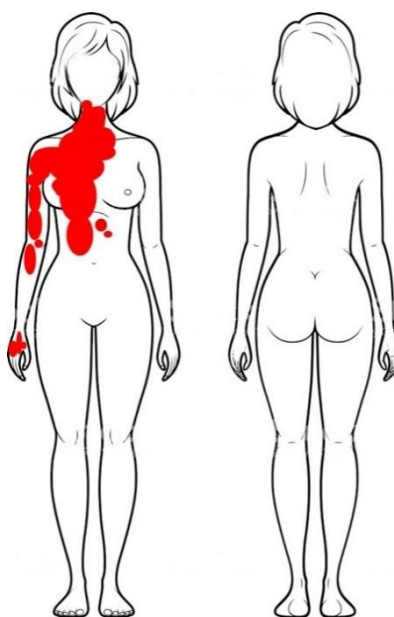
O evento que culminou na queimadura foi registrado no hospital como uma tentativa de suicídio, utilizando álcool líquido. Ela teve queimaduras de terceiro grau, com mais de 30% de área corporal atingida, principalmente pescoço, braço e seio.

Na entrevista, a Colaboradora assegurou que o evento que culminou na queimadura não foi, na verdade, uma tentativa de suicídio. Para ela, não se recordava de como o fogo havia iniciado, só foi perceber quando já estava em chamas.

Seu relato tinha grande apelo religioso: comentou que Deus teria permitido esse episódio, para seu “bem maior e livramento”. Ela se referia às suas cicatrizes como “marcas do milagre” e atribuiu o evento ao “desamor familiar”. Sobre o episódio em si, dizia não possuir uma recordação clara, lembrando-se apenas de fragmentos. O episódio havia ocorrido há dois anos, na cozinha de sua própria residência.

A Colaboradora 5 passou por três procedimentos cirúrgicos e ainda teria que realizar outras cirurgias. De acordo com ela, as marcas não a incomodavam mais, sua preocupação estava voltada para sua mobilidade, já que os movimentos de alguns segmentos corporais, como o pescoço, haviam sido prejudicados.

Figura 6. Colaboradora 5 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Seu encaminhamento para uma UTQ, durante o período emergencial, parecia ter ocorrido de forma eficaz. Logo após o evento, foi direcionada para a emergência do município, que a encaminhou rapidamente para uma UTQ, em uma cidade de médio porte, com distância de cerca de 500 km de sua cidade de origem. Lá, ela ficou

dois dias internada na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e, em seguida, vinte e oito dias no leito.

A Colaboradora 5 se referiu ao período de internação como algo doloroso, não só pelos procedimentos, mas também pelo contato com outros pacientes. Segundo ela, no Hospital só havia sofrimento: das sete ao meio dia só se escutavam gritos e choros. Também relatou o momento do banho como gerador de ansiedade e muita dor.

Próximo ao fim da internação e sabendo da necessidade de continuar o tratamento, pediu para que fosse transferida para uma Unidade mais próxima de seu município de residência. A transferência foi feita e seu tratamento teve continuidade em um município com distância aproximada de 45 km da sua cidade de origem.

Além das consultas, usava curativos, cremes e pomadas. Ela não conseguiu acessar nenhum dos materiais gratuitamente. Com isso, tinha despesas para adquirir os produtos e também gastos para se deslocar para a UTQ.

Dizia-se uma pessoa modificada para melhor, após o evento da queimadura. Durante meses, ficou impossibilitada de executar diversas tarefas básicas, inclusive, de se autocuidar. Ressaltou que tinha um grande medo de adentrar no espaço da cozinha, inclusive de mexer no fogão. Após um tempo, esse medo foi superado, contudo, quando algo fervente respingava em seu corpo, mesmo em quantidade mínima, sentia uma dor desproporcional, como se retornasse à dor do evento.

Apesar de dizer que não se importava com a aparência modificada pelas cicatrizes da queimadura, a Colaboradora 5 dizia se sentir muito constrangida em ambientes públicos, por conta dos olhares e das perguntas sobre as cicatrizes. Além disso, confessava enfrentar, dentro da família e em determinados locais, o estigma de ser compreendida como “louca”, como uma pessoa “doente da cabeça”.

Desde o início da internação, teve acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Ela enfatizou a importância desses serviços, em seu tratamento, contudo, quando foi atendida, ficou extremamente insatisfeita. Conforme seu depoimento, a psicóloga falava mais de si mesma do que a escutava. A dificuldade de deslocamento, o corpo debilitado, somados ao fato de não apreciar as consultas, fizeram com que ela abandonasse o serviço. Em sua percepção, a consulta com o psiquiatra do município foi desrespeitosa e ineficiente: o psiquiatra não a escutou e apenas receitou remédios. Relatou que a medicação só a fazia dormir, o efeito de não “viver o dia” e ficar apenas dormindo mais prejudicava do que trazia benefícios. Ela optou por parar de consumir

todos os medicamentos por conta própria e decidiu que não se consultaria com nenhum psiquiatra, pois seu único “psiquiatra” era Deus.

No período da entrevista, desempenhava duas ocupações, as quais lhe traziam grande satisfação. Uma era ser dona de casa, realizando as atividades domésticas. A outra ocupação era o cargo de ministra de Eucaristia dentro da comunidade católica de seu bairro. Nesse cargo religioso, era encarregada de auxiliar pessoas enfermas da comunidade.

Ressaltou que, quando estava debilitada em casa, uma ministra de Eucaristia a ajudou com cuidados diários, durante oito meses, e que, após a experiência da dor e da necessidade de receber cuidados, algo foi despertado dentro dela. Sobre o trabalho que promovia, disse: “Tem que ter um carinho especial com eles e hoje eu entendo que é o mesmo carinho que eu sentia vontade de ter, quando eu estava nessa situação”.

Colaborador 6

O Colaborador 6 era um homem de 46 anos, pardo, possuía o Ensino Médio completo e residia com a esposa. A especificidade dessa entrevista está no fato de o evento culminante de queimadura ter acontecido no ambiente trabalho, com alumínio líquido.

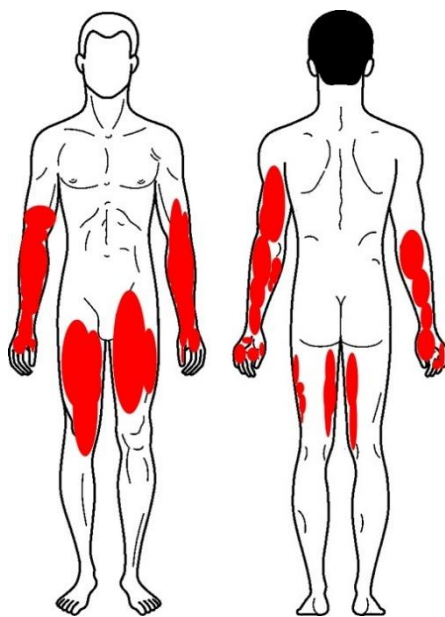
No final do ano de 2003, durante seu turno de trabalho como forneiro em uma grande empresa de fabricação de peças de alumínio, o Colaborador 6 estava dirigindo uma empilhadeira, quando colidiu com uma caldeira de alumínio líquido que estava na parte superior do estabelecimento. Quando houve o choque, a caldeira entrou em movimento, despejando três jatos de alumínio líquido sobre a empilhadeira e, consequentemente, também atingindo o seu corpo.

Ele relatou que não conseguiu retirar o cinto de segurança e que, por sorte, o mesmo rompeu-se ao derreter. Ele saiu rapidamente e caiu com as duas mãos no chão, que estava coberto de alumínio líquido, isso fez com que as duas mãos também fossem gravemente feridas.

As principais áreas atingidas foram os braços, pernas e mãos. O entrevistado contou que se sentiu aliviado por seu rosto e cabeça não terem sido atingidos. De acordo com ele, não sentiu dor nesse processo, foi consciente para o hospital e permaneceu acordado a todo o momento. Afirmou que a queimadura com alumínio

líquido lesionou de tal forma as áreas corporais atingidas que nem dor foi possível sentir.

Figura 7. Colaborador 6 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

O Colaborador 6 foi encaminhado para a urgência de um hospital do município, onde recebeu os primeiros cuidados e foi feita a limpeza do seu corpo, com o intuito de retirar parte do alumínio. Em seguida, foi encaminhado para um grande hospital com especialidade em queimaduras, na cidade de São Paulo. Ficou em torno de 55 dias internado, sendo 10 na unidade de terapia intensiva (UTI). Quando chegou a São Paulo, escutou de um dos médicos que ele não iria morrer. A seu ver, essas palavras foram fundamentais para reduzir sua ansiedade, diante de um evento tão traumático. No hospital, fez dez sessões na câmara hiperbárica, para inibir a proliferação de bactérias. Depois dessas sessões, foram efetuadas dez cirurgias plásticas.

Ainda no período de internação, realizou fisioterapia, com o intuito de melhorar sua movimentação. Ele se referiu a esse período como uma espécie de retorno ao estado infantil, já que teve que reaprender a caminhar, algo extremamente difícil, porém, que foi superado progressivamente.

Após a saída da internação, utilizou malhas compressivas por mais de dois anos. Concomitantemente, usava muitos cremes hidratantes e fazia o acompanhamento com a equipe médica, uma vez por mês. Após um tempo, retornou para a empresa, contudo, em um posto de trabalho diferenciado, na área administrativa, em uma sala mais propícia, sem exposição ao calor ou materiais pesados.

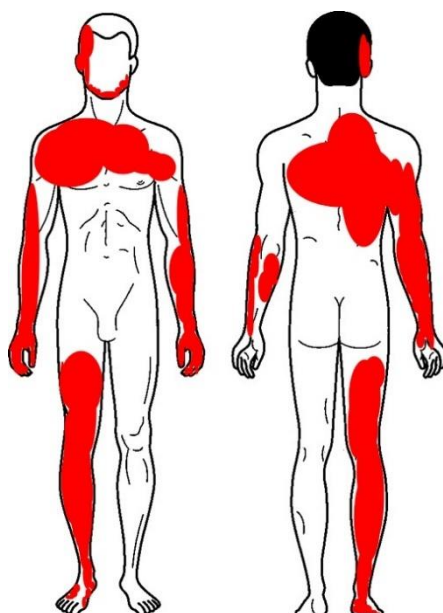
O Colaborador 6 asseverou que, inicialmente, se sentia receoso em espaços públicos e no trabalho. As suas marcas cicatriciais e a malha chamavam muito a atenção das pessoas e o faziam pensar que poderia se tornar alvo de chacotas, entretanto, não houve situações de constrangimento. Curiosamente, a sua relação com os outros trabalhadores da empresa e dentro da comunidade teve um retorno positivo, após o evento da queimadura. Conforme revelou, ao caminhar pela empresa, muitos colegas o cumprimentavam, de maneira que parece ter-se tornado uma figura de destaque, provavelmente por ter sobrevivido a uma condição extrema, na qual havia uma grande chance de ter perdido a vida. Sua história repercutiu em diversos espaços e suas cicatrizes passaram a ter uma conotação de força e superação.

Colaborador 7

O Colaborador 7 era um homem de 62 anos, possuía o Ensino Médio completo e era microempreendedor. Antes do evento da queimadura, morava sozinho em um sítio, no qual trabalhava com um pequeno empreendimento agrícola. Após o evento da queimadura, passou a morar com as duas filhas, em uma cidade vizinha. A entrevista se deu cerca de um mês após a sua saída da internação hospitalar. O evento que culminou na queimadura foi registrado como crime, tentativa de assassinato. O Colaborador 7 estava dormindo e acordou com o quarto e a casa em chamas. Por conta da fumaça, não conseguiu enxergar os cômodos da residência, mesmo assim, encontrou uma chave-reserva e abriu a porta. Muitas partes do corpo foram atingidas pelo fogo, principalmente tórax, costas, os dois braços, uma das pernas e a sola do pé. Antes do incêndio, uma ex-companheira teria ido até a sua casa, de acordo com ele, com um comportamento estranho. Constatou-se que foi a ex-companheira a causadora do incêndio. Antes de incendiar a casa, de forma criminosa, ela retirou documentos relacionados ao patrimônio do Colaborador 7. Para ele, após o rompimento, ela decidiu assassiná-lo, com o intuito de herdar seus bens.

O Colaborador 7 estava abalado pelo longo período de internação e também pela tentativa de assassinato da qual fora alvo. Ele havia passado por duas cirurgias e tinha a necessidade de realizar outras, para “desgrudar” algumas partes do corpo. Os movimentos dos membros do corpo estavam prejudicados e, de acordo com ele, “a queimadura tinha puxado o couro”. Durante a entrevista, apresentou pouca preocupação com a sua aparência modificada, dizendo não se importar em ter perdido parte de uma orelha e que, utilizando corretamente os curativos, “os machucados da queimadura” iriam melhorar.

Figura 8. Colaborador 7 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Ele ficou internado durante setenta e quatro dias. Ao falar sobre isso, ele complementa: “setenta e quatro dias sem ver o sol”, algo que se assemelharia a uma prisão. Grande parte das suas queimaduras não ocorreram no momento em que ele acordou e buscou sair da casa, mas, principalmente quando ele retornou para dentro da casa para resgatar móveis e pertences. Após salvar o que pôde, pegou o próprio carro e dirigiu por mais de 2 km até um sítio de um amigo, em busca de auxílio. Ele não se recorda de grande parte das coisas que ocorreram durante o evento, relatando na entrevista aquilo que foi contado a ele, após a saída do Hospital.

O Colaborador 7 foi resgatado e encaminhado para a emergência de um hospital, em uma cidade vizinha. Nesse período, a família entrou em contato com uma UTQ e foi confirmada, via telefone, a possibilidade de o Colaborador 7 receber atendimento nessa Unidade, que era a mais próxima de seu município de residência. Ele não soube explicar o que aconteceu concretamente, mas, apesar de existir essa vaga, a transferência durou um dia para ocorrer. Houve problemas entre o Hospital do Município e a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Havia vagas disponíveis, mas a Central não conseguia dar prosseguimento.

O Colaborador 7 não se mostrou muito disposto com respeito à ideia de realizar outras cirurgias, mesmo estando com sequelas motoras. Provavelmente, por ter saído do hospital recentemente e por ter ficado um longo período isolado, apenas em quartos hospitalares, passou a evitar qualquer circunstância que se assemelhasse ao período em que ficou internado.

Sobre a internação, elogiou o tratamento das enfermeiras e acrescentou um interessante dado: tinha diversos sonhos, sonhos muitos reais, em que justamente as enfermeiras mais bondosas e solícitas o torturavam com fogo. Relatou que, em um dos sonhos, uma das enfermeiras o estava cozinhando vivo, algo desesperador e doloroso. Isso pode estar associado aos procedimentos a que foi submetido, no período de internação – banhos, raspagem de pele, troca de curativos, que, de acordo com ele, causavam muita dor.

Colaboradora 8

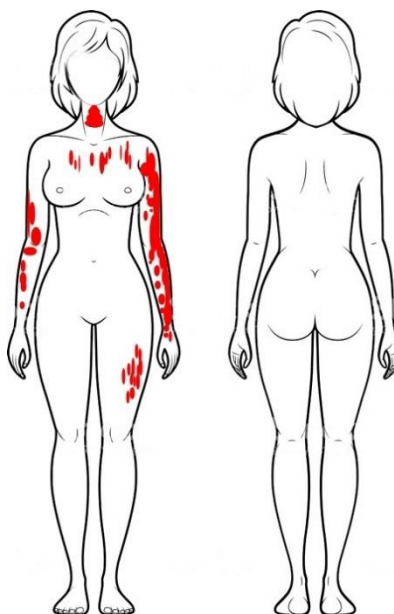
A Colaboradora 8 era uma mulher, 25 anos, branca, morava junto com o companheiro. Cursava o ensino superior e trabalhava com confecção de roupas. O caso que culminou em sua queimadura foi um evento trágico que repercutiu em todo o Brasil: trata-se do incêndio na Boate Kiss.

De acordo com a Colaboradora 8, ela estava dentro do banheiro feminino, junto com algumas conhecidas, quando foi avisada sobre o incêndio. Esse banheiro ficava próximo à saída do estabelecimento, fato que a ajudou a ser resgatada com vida, já que, alguns minutos antes, estava na área VIP, muito próxima ao palco, onde o incêndio teve seu início. Conseguiu chegar à saída, mas as portas haviam sido trancadas, provavelmente pela própria equipe da casa noturna. Ao mesmo tempo, camadas de pessoas se amontavam nessa porta. A pressão das pessoas que se empurravam, somada à fumaça tóxica, fez com que a Colaboradora 8 desmaiasse.

Só voltou à consciência alguns dias depois, no Hospital em que foi internada. Aos poucos, foi sendo informada sobre o ocorrido e que havia entrado em coma induzido, durante aqueles dias.

Ficou vinte e um dias internada e teve dois tipos de queimadura: a queimadura externa, atingindo principalmente braços, tórax; e queimaduras internas, que feriram suas cordas vocais e parte do pulmão. A queimadura interna se deveu à fumaça em alta temperatura, enquanto as queimaduras externas aconteceram em função de fragmentos da cobertura que revestia o local, os quais, em contato com o fogo, derreteram e caíram nas pessoas que estavam dentro do estabelecimento. Nas queimaduras externas, houve a formação de queloides.

Figura 9. Colaboradora 8 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

A Colaboradora 8 ficou dois meses impossibilitada de falar, por conta dos danos nas cordas vocais. No período da entrevista, persistiam problemas respiratórios ligados aos danos causados em seu pulmão, por causa da inalação da fumaça. Segundo ela, periodicamente, havia formação de secreção e tosse, trazendo dificuldades respiratórias.

Após o evento da queimadura, recorrentemente, sentia-se com medo e com a sensação súbita de que poderia morrer a qualquer momento. Ela consultou

profissionais da Psicologia e da Psiquiatria. Em uma das consultas, foi sugerido o uso de medicações, contudo, com medo de ficar dependente de medicamentos, optou por não consumir nenhum tipo de droga e buscou auxílio na comunidade religiosa da qual já fazia parte. O tratamento psicológico também se mostrou ineficiente: ela não sentia necessidade de falar naquele momento sobre a tragédia e a profissional da Psicologia parecia insistir nessas questões.

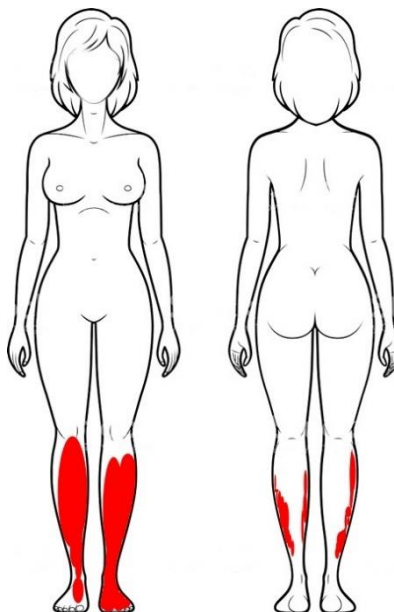
Além das cirurgias já feitas, ela se serviu da fisioterapia, para melhorar a capacidade respiratória, e também da fisioterapia motora, para ampliação dos movimentos dos braços, já que houve a retração da pele, por conta das queimaduras. Após a saída do hospital, continuou utilizando pomadas, antibióticos, cremes e a malha compressiva. Parte significativa desses produtos foi comprada por ela. De acordo com a Colaboradora 8, era possível acessá-los gratuitamente, contudo, havia muita burocracia e os produtos demoravam para ser entregues. No período da entrevista, ela afirmava que ainda havia a necessidade de fisioterapia.

Sobre as mudanças após a experiência da queimadura e de ter sobrevivido a um evento com inúmeras mortes, discorreu que, no momento em que estava dentro da Boate, tinha certeza de que iria morrer e, após acordar a salvo, no hospital, passou a dar mais valor à sua vida. As outras mudanças se relacionavam ao convívio social: antes do evento, ela saía normalmente na rua sem ser abordada por ninguém, todavia, depois do evento, sempre era olhada e usualmente lhe faziam perguntas sobre as suas marcas.

Colaboradora 9

A Colaboradora 9 era uma mulher de 55 anos, branca, residia com filho, filha e neto. Possuía Ensino Fundamental e atuava como autônoma. Sua queimadura ocorreu em 2016, em sua própria residência. Ela chegou do trabalho e subiu em uma cadeira para limpar a geladeira; nesse momento, o fogão estava aceso com uma panela de pressão com água em alta temperatura. Ela estava usando álcool líquido para limpar a geladeira, porém, em determinado momento perdeu o equilíbrio e caiu. Derrubou o álcool no fogão e em seu corpo, a panela que estava fervendo também caiu em seu corpo e derramou água fervente. Foram três fontes de queimadura: a superfície da panela em alta temperatura, o líquido escaldante e o fogo direto, por meio da combustão do álcool. As pernas foram os principais membros atingidos pelas queimaduras.

Figura 10. Colaboradora 9 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

A Colaboradora 9 retrata a experiência da queimadura como uma dor na alma, uma tristeza profunda, que faz a pessoa se sentir extremamente sensível. Ela dizia ser muito vaidosa e, ao ver as marcas de queimadura nas pernas, passou a se preocupar com o futuro e em como ficaria a sua aparência. Junto a esses pensamentos, tinha muitas crises de choro.

A questão dos gastos financeiros foi outro dado apontado pela Colaboradora 9. A cada viagem que fazia para o Ambulatório em que se tratava, gastava em média trezentos reais. Quem a levava era o filho, com um automóvel particular. A distância da sua cidade até o Ambulatório era de 270 km. Segundo a colaboradora, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de sua cidade estava em greve, sendo necessário esse deslocamento para o tratamento. Ela complementou, revelando que possuía muitos gastos com óleo para passar nas feridas, juntamente com pomadas e curativos. A Colaboradora 9 não teve nenhuma oferta de atendimento psicoterápico, mas acreditava que esse serviço era muito importante para pessoas que tinham se queimado.

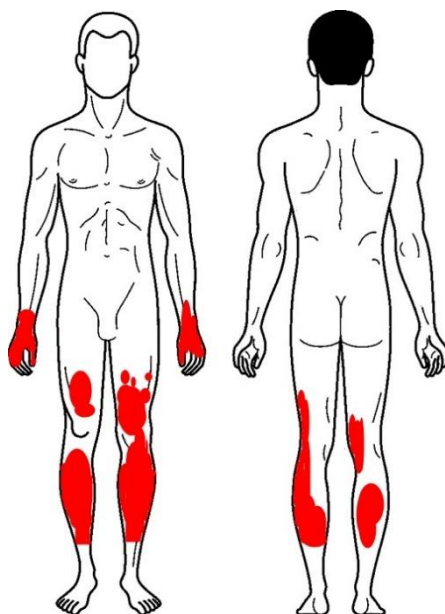
Colaborador 10

O Colaborador 10 era um homem de 54 anos, residia com o filho, a filha, a nora e a neta. Possuía Ensino Fundamental completo, era pedreiro e, no período da entrevista, estava desempregado.

O evento que culminou na queimadura havia acontecido há três anos. De acordo com o entrevistado, também estava desempregado, quando ocorreu a queimadura. No dia do evento, saiu de bicicleta em busca de trabalho informal. Para antecipar a viagem, optou por pegar um caminho que passava por um grande terreno, que ficava ao lado de uma empresa do município. Em determinado momento, a bicicleta perdeu o controle e ele caiu em meio ao terreno que, para ele, tinha amontoados de grama, materiais industriais e em meio a eles, materiais que estavam em brasas. Quando caiu, aquele fogo passou a aumentar e, para se livrar, retirou os materiais com a parte exterior das mãos, suas botas protegeram seus pés, contudo, da panturrilha para cima sua perna foi atingida. Ele subiu em uma espécie de barranco e caminhou até a portaria da empresa, que o encaminhou para o primeiro atendimento em um hospital da cidade.

As áreas atingidas foram as duas pernas e as duas mãos. As queimaduras foram de terceiro grau, tendo sido necessários dois procedimentos cirúrgicos.

Figura 11. Colaborador 10 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Quando chegou ao hospital, foi atendido por uma enfermeira que não o encaminhou para a emergência. Ela fez um curativo e falou que ele poderia voltar para casa, mas que teria que ir ao posto de saúde para trocar os curativos todos os dias. Ele retornou para casa com muita dor e, nos dias subsequentes, passou a ter febre. Cada vez mais debilitado, voltou ao hospital, onde verificou que a ferida estava infeccionada. Uma ambulância o levou para uma UTQ, em uma cidade próxima, onde ficou internado em isolamento, durante um mês.

Suas percepções sobre os serviços por onde passou se diferenciam drasticamente, em alguns pontos. Primeiramente, sentiu-se muito prejudicado diante da falta de atenção recebida, quando foi atendido no hospital da cidade. A profissional não fez o encaminhamento necessário e recomendou que ele retornasse para casa com uma queimadura de terceiro grau.

Sobre a UTQ onde ficou internado durante um mês, reconheceu a qualidade do atendimento, porém, salientou procedimentos que lhe trouxeram muita dor. O procedimento chamado raspagem, de acordo com ele, causava uma dor tão intensa que logo em seguida ele desmaiava. Quando administrado por uma enfermeira em específico, o banho e a raspagem tornavam-se ainda mais doloridos. Disse que essa trabalhadora era muito bruta com ele.

O colaborador apontou mudanças radicais em seu convívio familiar, social e principalmente de trabalho. Segundo seu depoimento, sempre foi o provedor da família e, mesmo diante de dificuldades e empregos temporários, conseguia obter renda. Depois do evento da queimadura, ainda permaneceu com um benefício de seguro-desemprego; ademais, após seu vencimento, tentou um outro benefício, dessa vez por conta das limitações trazidas pelas sequelas da queimadura. Afirmou que o laudo médico feito nesse período não condizia com sua situação de saúde e, por isso, não conseguiu o direito de adquirir qualquer tipo de benefício.

A falta de renda intensificou os conflitos familiares, os filhos o ignoravam e sua esposa o deixou para viver com outro homem. Conforme suas palavras: “fiquei desempregado – com sequela, desempregado, passando necessidade... Qual mulher que aguenta isso?” Também afirmou que ficou impossibilitado de realizar atividades de lazer, não podia mais jogar bola com os amigos, devido às sequelas e, ao passear em locais públicos, sempre ficava incomodado diante dos olhares dos curiosos.

Ele se dizia muito fragilizado e em crescente sofrimento: exemplificou sua situação, asseverando que as pessoas olhavam para ele como um coitado e quem em locais de trabalho, era estigmatizado. Em um dos últimos empregos apelidado pelos colegas de “Mão pelada”; de acordo com ele, apelidos no trabalho são comuns, contudo, esse apelido era extremamente pejorativo e o atingia de forma negativa. A outra dificuldade era com a execução do trabalho. Os movimentos de suas mãos foram prejudicados, impossibilitando-o de executar diversas atividades. Não podia contar com o apoio da família ou com qualquer outro tipo de oferta profissional.

De acordo com o Colaborador 10, não foi ofertado em nenhum momento acompanhamento psicológico e, mesmo sendo necessários, não conseguiu encontrar medicamentos gratuitos. Também não foi possível a realização de fisioterapia, nos estabelecimentos de saúde do município.

Colaboradora 11

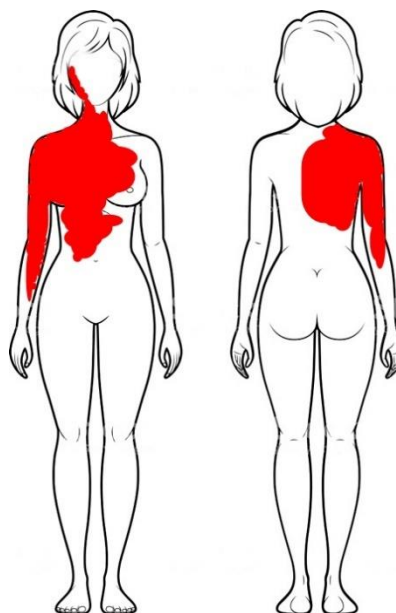
A Colaboradora 11 era uma mulher de 51 anos, branca, com Ensino Médio completo. Morava com o filho e já tinha sido casada. No período da entrevista, tinha um relacionamento de anos, mas moravam em residências separadas. O evento que culminou em sua queimadura ocorrera em 1973, quando tinha sete anos de idade.

Durante o período escolar, foi pedido por um professor que os alunos fizessem um experimento “científico” em suas casas. O experimento consistia em pegar um cinzeiro, colocar álcool líquido e acender o fogo para avaliar o tempo de combustão.

Na ausência dos pais, iniciou os procedimentos passados pelo professor e não percebeu que parte do álcool havia caído na mesa. A garrafa de álcool estava próxima e, quando acendeu o fogo, os respingos incendiaram e atingiram a garrafa. Conforme seu relato, a garrafa tinha pouca quantidade de álcool. Em contato com o fogo, a garrafa explodiu e o conteúdo acertou seu corpo, ficando em chamas. Primeiramente, correu em direção a uma cortina que tinha na casa e se enrolou, buscando apagar o fogo; depois, correu até a casa de um vizinho em busca de socorro.

De acordo com a Colaboradora 11, seu corpo ficou “totalmente deformado”, o pescoço e o braço ficaram grudados. A queimadura foi de terceiro grau e as áreas atingidas foram o rosto, pescoço, ombro, braço, costas, seios e barriga, predominantemente o lado direito do corpo.

Figura 12. Colaboradora 11 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Ela foi encaminhada para a Santa Casa do município, onde recebeu os primeiros socorros e permaneceu um mês internada. Conforme salientou, as feridas eram cobertas com gaze e diariamente eram colocados soro e mercúrio. Após o confronto de um dos médicos sobre os procedimentos adotados, a família mobilizou-se para transferi-la para um hospital-referência em tratamento de queimados, em São Paulo. Segundo a Colaboradora 11, nesse hospital, logo quando chegou, foi-lhe aplicado um procedimento em que a inseriram em uma banheira, momento no qual saíam de sua ferida secreção e “bigatos” (larvas). Ficou internada nesse hospital de São Paulo, realizou treze cirurgias, em um intervalo de dois anos. Relatou que se submetia a uma cirurgia, ficava em torno de quinze dias no hospital e retornava para a sua residência. Em dias alternados, voltava ao hospital para fazer curativos. De acordo com ela, foram três anos praticamente dentro da unidade hospitalar.

Em determinado momento, ela decidiu interromper as cirurgias, pois todo o processo lhe trazia muita dor e sofrimento, ao ser submetida aos procedimentos médicos – e a dor de ficar distante dos membros da família, no hospital. Passava muitos dias internada e sua mãe e familiares a visitavam em apenas um dia da semana.

No total, foram feitas dezessete cirurgias. Mesmo assim, ainda continuou com algumas limitações no pescoço e braço. Na última cirurgia, quando adulta, foi realizada uma correção em sua orelha. Tinha o desejo de usar brincos, mas não tinha como usar, porque a orelha estava grudada.

Ressaltou que, ao retornar para a escola, não teve dificuldades de adaptação. O convívio com os colegas era saudável, teve um estranhamento por parte das outras crianças, quando se depararam com a colega com sequelas de queimaduras, mas nada que prejudicasse a convivência. Os problemas de relacionamento se davam de uma outra forma: tanto as crianças quanto os professores a tratavam como uma “inválida” que, supostamente, deveria ser protegida. Quando ia pegar algo, as pessoas se apressavam a ajudá-la e, quando participava da aula de educação física, percebia uma grande preocupação por parte dos professores. A Colaboradora 11 insistiu em mostrar que havia, de fato, determinadas limitações físicas, contudo, sua disposição e capacidades eram similares às de qualquer outra criança.

A vida adulta também trouxe diversos desafios, sobretudo a questão dos olhares curiosos, das falas pejorativas e das perguntas indiscretas sobre as suas marcas cicatriciais. Ao mesmo tempo, aponta a curiosidade das crianças em olhar e tocar sua pele como algo prazeroso: “a maioria das crianças querem pôr a mão, querem ver como é que é, eu acho muito engraçado isso”. A questão sexual também foi destacada; apesar de não ter havido problemas nos seus relacionamentos, nos primeiros encontros em que iria ter relação sexual, ficava ansiosa e apreensiva quanto à percepção do parceiro, ao ver seu corpo nu com as cicatrizes.

Em determinado momento, engravidou e escutou, em uma consulta médica, que teria que abortar por conta do risco de possíveis complicações devido à sua cicatriz na barriga. De acordo com o médico, não seria possível o crescimento adequado do bebê, pois a sua pele na região abdominal não tinha mais a capacidade de se expandir, em função das cicatrizes. Ela manteve a gravidez até o fim e teve uma criança saudável. Também superou a dificuldade de amamentação, pois tinha apenas a metade do bico de um dos seios, mas, mesmo assim, foi possível amamentar a criança, o que lhe trouxe grande satisfação.

Durante o período da entrevista, sempre fez questão de ressaltar que estava muito bem resolvida com relação à sua história e com a aparência do próprio corpo. Comentou que, se fosse realizar mais uma cirurgia plástica, faria uma lipoaspiração em sua barriga, pois, depois de ter filho, esta a incomodava mais do que qualquer

marca de queimadura. Um outro ponto destacado pela Colaboradora 11 foi o aprendizado com a experiência da queimadura. Ela falou sobre reconhecer o sofrimento do outro, relatou os encontros com outras crianças e as histórias que foram compartilhadas, nos períodos de internação. Isso não ficou apenas em seu passado, porém, ela relembra essas histórias e a importância desse contato. Segundo ela, ficar internada sozinha naquela circunstância seria impossível: a companhia de outras crianças em situações semelhantes serviu como um tipo de apoio. Fazia questão de lembrar esses momentos, para lidar com os desafios que lhe apareciam ao longo da vida.

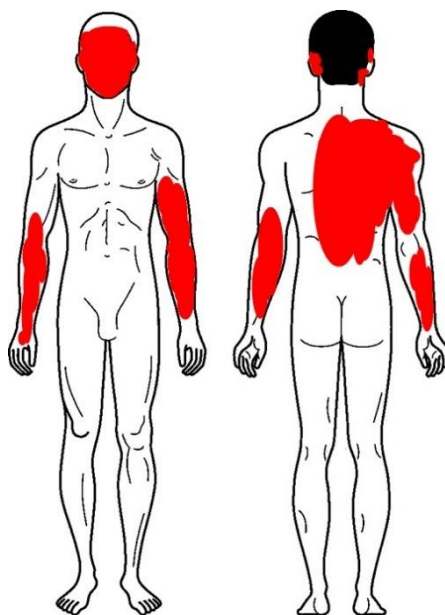
A experiência da queimadura fez com que a Colaboradora 11 passasse a ter um olhar diferenciado sobre o sofrimento das outras pessoas, refletindo, inclusive, em suas escolhas de atuação profissional. Trabalhava em uma empresa de assistência em saúde e, anteriormente, atuara durante muitos anos como profissional na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Ela encerrou a entrevista, enfatizando que, supostamente, o pesquisador que entrara em contato com ela esperava uma pessoa abatida e traumatizada, mas, ao contrário do que se imaginava, ela estava “muito bem resolvida”.

Colaborador 12

O Colaborador 12 era um homem de 43 anos, branco, que morava sozinho. Estava cursando o ensino superior e trabalhava como funcionário público estadual. O evento que culminou na queimadura se deu em julho de 1983, quando tinha nove anos de idade. Durante uma viagem de carro, a pista foi coberta por uma forte fumaça, devido a um incêndio que ocorria no acostamento. Um caminhão desgovernado atingiu o automóvel em que ele e a família estavam, provavelmente, por conta da falta de visibilidade causada pela fumaça. O acidente causou a morte de sua mãe e de seu pai. Na parte de trás do carro, estavam o Colaborador 12 e suas duas irmãs, uma das quais teve ferimentos leves e a outra foi levada ao hospital com mais de 80% do corpo queimado.

No acidente, o veículo em que a família estava foi arremessado e ficou próximo ao incêndio, no acostamento da pista. O Colaborador 12 teve o corpo atingido pelo fogo e pelo calor das chamas. Teve queimaduras de terceiro grau e os principais membros atingidos foram os braços, parte da cabeça, rosto e costas.

Figura 13. Colaborador 12 - Áreas do corpo atingidas pela queimadura e que correspondem às marcas cicatriciais posteriores



Fonte: Adaptada a partir de <https://www.kisspng.com/>

Sua irmã, que também havia se queimado, depois de alguns meses em internação, veio a falecer. O Colaborador 12 ficou internado durante dez dias, na UTI, e dois meses, em um quarto compartilhado do hospital. Ele passou por três procedimentos cirúrgicos, no caso, três enxertos de pele, sendo um deles no rosto. Também realizou uma cirurgia para tentar reparar as sobrancelhas, mas não obteve bons resultados.

O Colaborador 12 sublinhou a sua relação com outros garotos com queimaduras que dividiam o quarto do hospital, durante a internação. Conforme seu depoimento, alguns haviam se queimado muito mais do que ele, até mesmo perdendo a mobilidade de membros do corpo. Ressaltou que não teve nenhuma perda de movimento, nada grave que tenha o deixado “incapaz”. Nesse sentido, ele discorreu sobre sua interpretação do que seriam sequelas de queimaduras; para ele, estariam relacionadas a uma perda funcional, no caso, perder um membro do corpo ou perder a mobilidade do membro corporal. Não considerava suas cicatrizes corporais como sequelas, pois não haviam afetado sua mobilidade. Apesar disso, apontou diversos problemas decorrentes das marcas cicatriciais, principalmente durante a infância.

Após a saída do hospital, utilizou uma malha compressiva durante três meses, sentindo-se muito incomodado e envergonhado em utilizar aquela “máscara”. Falou sobre o retorno à escola como algo traumático, disse que crianças são cruéis e que,

em alguns momentos, foi alvo de chacotas e perguntas perturbadoras. Sobre problemas no convívio social, o Colaborador 12 disse que, quando criança, não sabia reagir aos olhares e perguntas sobre a sua aparência, todavia, depois de adulto, passou a lidar melhor com essas situações. De acordo com ele, a sua dificuldade consistia em “ter que se explicar, todo mundo perguntando, todo mundo apontando na rua”. O Colaborador 12 aludiu igualmente ao tratamento diferenciado, aos comentários de dó, os quais se davam com mais frequência quando era criança, de modo que, com o tempo, esse tipo de comportamento das pessoas diminuía.

5.2. Resultados e discussão

No que tange à localização e à realização das entrevistas, obtivemos êxito na pesquisa. Em outros estudos realizados, praticamente todas as entrevistas foram feitas dentro das instituições hospitalares, com pessoas recém-queimadas, as quais estavam internadas ou utilizando o ambulatório. Realizamos doze entrevistas com pessoas com sequelas de queimaduras. Os eventos que causaram queimaduras, na maior parte dos entrevistados, ocorreram em um período de cerca de cinco anos. Contudo, havia aqueles que já possuíam sequelas de queimaduras há muito tempo, como a Colaboradora 3 (em torno de 17 anos), o Colaborador 6 (aproximadamente 13 anos), a Colaboradora 11 (cerca de 43 anos) e o Colaborador 12 (em torno de 33 anos). Acreditamos que essas variações quanto ao tempo de aquisição das sequelas de queimaduras entre as pessoas tenham enriquecido o trabalho.

Um dos pontos a que também demos significativa atenção foi ao tipo de evento em que as pessoas se queimaram. Buscamos entrevistar pessoas com queimaduras derivadas de acidentes domésticos, acidentes de trabalho, tentativas de suicídio, incêndio de grande proporção e agressões. Tanto no que se refere ao tempo de ocorrência das queimaduras quanto às circunstâncias em que as pessoas foram queimadas, conseguimos diferentes tipos de amostras.

Parte das entrevistas aconteceu dentro do Ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, onde igualmente foram feitos os contatos com os pacientes com queimaduras. Outras entrevistas foram realizadas na própria residência dos sujeitos, e a localização de parte dos entrevistados ocorreu mediante a utilização da técnica de seleção de sujeitos conhecida como *snowball* (BALDIN;

MUNHOZ, 2011; BIENACCKI; WALDORF, 1981). A adoção dessa ferramenta de pesquisa foi muito útil, pois as próprias pessoas que entrevistamos indicavam outras que também possuíam sequelas de queimaduras. Essas pessoas tinham contato umas com as outras, principalmente em ambulatórios, centros de referência e Organizações Não Governamentais. Pode-se concluir, portanto, que não entrevistamos apenas pessoas que tinham sido internadas na Santa Casa ou que somente usavam o Ambulatório da Santa Casa. As entrevistas também se deram com pessoas que utilizaram outras unidades, em outras regiões. A Santa Casa nos serviu como o principal local para a localização de sujeitos com sequelas de queimaduras, no entanto, não restringimos nosso estudo apenas a esse espaço.

Foi exigido um significativo manejo e sensibilidade, por parte do Pesquisador, na abordagem das pessoas com sequelas de queimaduras e na formulação da proposta do estudo. As pessoas se mostraram muito mais confortáveis em falar sobre o assunto, quando as entrevistas foram feitas em suas residências. Já o ambiente hospitalar parecia causar uma certa insegurança, quando as entrevistas eram realizadas. Mesmo assim, foi possível perceber alguns efeitos interessantes da presença do Pesquisador, no Ambulatório. Parte das pessoas ficava em silêncio, aguardando o momento da consulta com o médico. Quando essas pessoas eram abordadas e informadas sobre a possibilidade de falarem sobre o tema da pesquisa, parecia haver uma ruptura com aquele clima de espera. A maior parte apreciava a oportunidade de falar sobre as suas questões e sobre as expectativas quanto à consulta naquele dia.

Em vários momentos, após a intervenção do Pesquisador, as pessoas escutaram umas às outras e iniciaram longas conversas entre si. Pareciam notar semelhanças entre as situações que viviam e, após essa identificação, travavam um intenso diálogo entre si. Existiam poucas ofertas e espaços, para que as pessoas falassem sobre suas questões, de maneira que os efeitos desse compartilhamento pareciam agradar os envolvidos.

A forma de abordar e de se relacionar com as pessoas e com o próprio ambiente em que se encontravam, exerceu total influência nas informações transmitidas. O maior instrumento de uma pesquisa qualitativa é o próprio pesquisador. Sua singularidade e os tipos de relações produzidas entre pesquisador e entrevistado trazem um caráter único, na obtenção e interpretação dos dados. Também é um desafio ao pesquisador a aproximação de uma compreensão sobre os

recursos usados pelas próprias pessoas, na elaboração e construção de seus conhecimentos sobre os seus processos de saúde-doença. Não se trata apenas de registrar os conteúdos narrados: tem capital relevância o “como” as pessoas abordam esses conteúdos, em suas narrativas.

A efetivação das entrevistas, em alguns casos, ocorreu por meio de encontros pontuais, todavia, o material da pesquisa como um todo advém da imersão do Pesquisador no campo de pesquisa, por meio do contínuo contato com alguns dos entrevistados, participação em reuniões com profissionais da saúde, membros de ONG, representantes de associações e coletivos de pessoas com sequelas de queimaduras. Buscamos discutir o assunto nos mais diferentes setores, para que pudéssemos compreender, de forma diversificada e ampliada, os arranjos e as modelagens existentes que se voltavam ao problema das queimaduras.

Não associado diretamente ao assunto, mas que nos pareceu uma informação muito importante, foi o estranhamento causado pelo Pesquisador a parte dos trabalhadores da Santa Casa. A relação entre pesquisa e trabalho parecia estar muito distante, no contexto de trabalho da Instituição. Nunca havia sido implementada uma pesquisa na UTQ da Santa Casa. O Pesquisador explicou muitas vezes, durante o tempo em que ficou no Ambulatório e nas intermediações do Hospital, a proposta da pesquisa e de sua atuação no local, mesmo assim, recorrentemente, era apresentado como um estagiário. Em determinado momento, passamos a não mais corrigir esse engano, pois parecia favorecer a inserção do Pesquisador junto à equipe e facilitar a comunicação com os trabalhadores.

A análise interpretativa aconteceu pela elaboração de núcleos temáticos, construídos em consonância com as relevâncias e os sentidos atribuídos pelos sujeitos ao período de internação, continuidade do tratamento, mudanças de vida após a queimadura e saúde e adoecimento, na experiência da queimadura.

5.2.1. As circunstâncias de ocorrência das queimaduras

A ocorrência de queimaduras está ligada, em grande parte, a fatores econômicos, sociais, políticos, ambientais, comportamentais que se relacionam com as condições de saúde dos indivíduos e das populações. Para pensarmos no problema dentro do contexto brasileiro, devemos considerar a grande extensão territorial do País, a qual implica compreendermos que as regiões diferem

drasticamente umas das outras, em múltiplos aspectos, que vão desde características climáticas até aspectos culturais.

Tratando-se desse tipo de ocorrência, a questão continua sendo abordada de forma homogênea, sem diferenciação regional e ancorada principalmente na perspectiva da instrução, com ênfase nos comportamentos de risco. Não estamos desprezando a relevância dos comportamentos de risco que aumentam as chances de eventos com queimaduras, mas compreendemos que fatores estruturais, como acesso à eletricidade, moradias adequadas e a própria condição econômica das comunidades, famílias e indivíduos, estão diretamente relacionados ao maior ou menor risco de exposição a situações envolvendo queimaduras.

Mundialmente, a queimadura é uma das maiores responsáveis por óbitos anuais, especialmente em países de média e baixa renda (WHO, 2014; PECK, 2011). Nos países mais ricos, as classes socialmente marginalizadas são as mais atingidas (PECK, 2011). Podemos traçar um paralelismo entre esses dados e a realidade brasileira. Mesmo não existindo estudos consistentes sobre o assunto, no contexto brasileiro, podemos supor que pessoas com condições financeiras desfavoráveis estão mais suscetíveis a eventos com queimaduras. Além de muitas dessas pessoas conviverem em situações que oferecem mais riscos de acidentes, também parecem ter pouca informação sobre os riscos dessa espécie de acidente.

Um dos exemplos mais claros sobre a interligação entre diferentes fatores que podem influenciar nas ocorrências de queimaduras ocorreu no Brasil, em 2017 e 2018. Houve o aumento do preço do gás, fazendo com que o número de ocorrências de queimaduras aumentasse, virando notícia em diversos meios de comunicação: “Mais de 60% dos queimados atendidos em hospital de referência são vítimas de acidentes com gás clandestino e álcool, diz médico” (TORRES, 2017); “Alternativas ao gás de cozinha aumentam risco de queimaduras” (OLIVEIRA, 2018).

O aumento do preço de determinados produtos, como o gás de cozinha, usado diariamente pelas famílias brasileiras, pode impossibilitar sua compra por aqueles que dispõem de poucos recursos financeiros. Nessa linha, as pessoas recorrem a materiais impróprios e alternativas visando a atender às suas necessidades. Foram inúmeras as ocorrências de queimaduras por conta da má utilização de fogareiros e de materiais inflamáveis.

Fatores culturais estão diretamente ligados à ocorrência de determinados tipos de queimaduras. É notável que muitos brasileiros persistem com o hábito de usar o

álcool líquido, em diversas atividades. O álcool líquido, do ponto de vista de risco de acidentes, é um dos materiais mais perigosos a que a população tem acesso. Já foram tomadas diversas medidas para que o álcool com elevadas concentrações não pudesse mais ser vendido nas prateleiras dos mercados.

As pessoas parecem desconhecer o potencial de se acidentarem e se ferirem gravemente, empregando o álcool líquido em elevadas concentrações. Foi e continua sendo utilizado pela população brasileira com muita frequência e, em alguns casos parece ter um valor afetivo. Serve para acender churrasqueiras (algo extremamente perigoso), para “desinfetar” utensílios, também para “curar” picadas de insetos e para eliminar a “tosse”, principalmente de crianças. Ao entrar em combustão, o álcool em elevadas concentrações pode causar ferimentos muito graves, levando a pessoa à morte ou à aquisição de sequelas irreversíveis.

A condição da moradia é outro fator que expõe as pessoas a grandes riscos de sofrerem queimaduras. Em nosso País, muitas pessoas vivem em regiões carentes¹⁵, residem em locais impróprios e em casas construídas com materiais precários, aumentando a possibilidade da ocorrência de incêndios e de acidentes domésticos. A pessoa que convive nessas circunstâncias já está desamparada pelo Estado, sem acesso a condições que lhe permitam uma vida digna e decente. A queimadura dentro do contexto brasileiro não é uma questão meramente da Saúde, cuja solução se encontra apenas nos serviços médicos: trata-se de um problema também de cunho social. São necessárias ações intersetoriais em saúde, buscando realizar atividades em que a saúde atue junto com habitação, educação, saneamento e com políticas de emprego e renda.

A maior parte dos estudos sobre o tema se direcionam a entender as queimaduras, a partir dos acidentes. De acordo com Leão et al. (2011), os acidentes são a principal circunstância de incidência de queimaduras, sendo que a residência das pessoas é o local mais frequente desse tipo de ocorrência (BRASIL, 2012). A Colaboradora 9 detalha como aconteceu sua queimadura em sua própria residência:

[...] eu tinha chegado do trabalho, cansada e... [...] eu queria limpar a geladeira e o fogão... Só que na minha casa a geladeira fica próxima do fogão, né? E eu subi na cadeira para limpar a geladeira em cima e só que na hora

¹⁵ Informações mais detalhadas sobre os eventos ocorridos nesses locais têm pouca divulgação nos meios de comunicação brasileiros. Após um incêndio, por exemplo, pouco se fala sobre como foi o encaminhamento de saúde e assistência aos envolvidos. Podemos tomar como referência o incêndio na Favela do Moinho, na região central de São Paulo, ocorrido em 2011 e que desabrigou em torno de 400 famílias.

que eu limpei a geladeira em cima eu estava com o produto de álcool na mão e... [...] tinha uma panela e o fogo aceso em cima do fogão né? E quando eu caí, o que que aconteceu... Caí em cima do fogão, o fogão pegou no álcool, a panela virou e o álcool também virou por cima das minhas pernas, eu estava de bermuda e caí no chão e queimou tudo... (Colaboradora 9).

Esse tipo de ocorrência está relacionado principalmente a atividades inadequadas que envolvem riscos ao sujeito, sendo uma delas a queimadura.

Grande parte das campanhas voltadas à questão das queimaduras estão focadas na prevenção de acidentes domésticos e procuram informar a população sobre os riscos de determinadas ações que aumentam a possibilidade de que se dê um evento causador de queimaduras. As crianças compõem parte significativa dos casos envolvendo queimaduras (ROSSI et al., 2003). A Colaboradora 11 narra o evento que culminou na sua queimadura, quando tinha sete anos de idade:

[...] minha mãe não estava em casa [...] Eu peguei o cinzeiro que tinha lá, o meu pai fumava, coloquei um pouco de álcool [...] só que, quando eu coloquei, coloquei lá do outro lado, fez alguns pingos de álcool na mesa. [...] Eu estava na cozinha da minha casa... e eu estava com o meu irmão no colo... eu tinha um irmão de um aninho. Aí, quando eu taquei fogo aqui, o álcool pegou onde respingou e explodiu a garrafa... Na verdade, tinha só um tantinho assim de álcool na garrafa, mas álcool antigamente era álcool... Aí o fogo pegou em mim, só que meu irmão estava comigo... Aí eu joguei ele embaixo da mesa e saí correndo... (Colaboradora 11).

Apesar de as crianças representarem a maior parcela de vítimas de queimaduras, não encontramos instituições, unidades ou ambulatorios que visavam um atendimento personalizado para esse público. Um exemplo de atendimento personalizado voltado aos usuários infantis é o Projeto “Aquário Carioca”, localizado no Rio de Janeiro. Trata-se de uma instituição pública de saúde com ambiente e atendimento personalizado, objetivando humanizar o tratamento do câncer infantojuvenil. Levando-se em conta o longo período que as crianças passam no hospital, durante o tratamento do câncer, essas modificações do ambiente de tratamento tornam o espaço acolhedor, lúdico e agradável para os pacientes.

Igualmente, tendo em vista que o período de internação e tratamento normalmente são longos, acreditamos que também teria grande pertinência o desenvolvimento de projetos de ambientação para humanização da atenção à saúde para crianças vítimas de queimaduras.

As bibliografias apontam um número significativo de queimaduras decorrentes de agressão (comumente chamada de “crime”) e as tentativas de autoextermínio (descritas como “tentativa de suicídio”, “suicídio” ou “autoagressão”). Para

exemplificar uma situação de agressão, elegemos o relato da Colaboradora 4, a qual foi atacada por uma vizinha, durante uma discussão:

[...] ela abriu o portão dela, porque eu estava do lado de fora, e me jogou o álcool... Só que na hora eu não atinei... Pensei que fosse água, alguma coisa... Eu abaixei, passei a mão e quando eu levantei ela jogou de novo e riscou o isqueiro... E daí eu só lembro do fogaréu todo em mim e o menino da vizinha gritando... Aí eu rolei no chão para apagar e não apagou... Aí o que é o meu genro hoje pegou um balde de água e jogou... A água era do cachorro e eu entrei no banheiro da outra vizinha e fui tirando a roupa e saindo os pedaços de queimado do corpo... (Colaboradora 4).

Pareceu-nos que as queimaduras decorrentes de crime se davam com mais frequência contra mulheres e, diferentemente do relato acima, usualmente eram os homens que praticavam esse tipo de violência contra as mulheres. Também nos chamava a atenção o fato de esses crimes terem sido cometidos em grande parte por cônjuges ou ex-companheiros. De acordo com os trabalhadores da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, o primeiro caso atendido na UTQ da Santa Casa foi o de uma mulher agredida pelo próprio marido. Relataram que isso aconteceu em meados dos anos 1980, quando o marido despejou gasolina na esposa e ateou fogo. Depois de meses internada, a mulher faleceu, devido aos ferimentos. Analogamente, a Colaboradora 2 teve queimaduras muito graves, após o ex-companheiro arremessar gasolina e atear fogo em seu corpo.

As queimaduras decorrentes de crime pareciam deixar as pessoas ainda mais fragilizadas e o processo de elaboração do ocorrido parecia ser mais demorado e complexo.

Pudemos perceber o desafio apresentado aos profissionais de saúde, quanto à atuação em casos derivados de tentativa de suicídio. Não raro, a pessoa reincidia na mesma ação, após a saída da internação. Compreendemos que são casos de muita complexidade e que abalam significativamente as equipes. Nós nos ativemos ao objetivo proposto na pesquisa e não houve tempo suficiente para aprofundamento na temática, contudo, conseguimos acompanhar um caso de tentativa de suicídio:

[...] na verdade eu estava passando por uma época de bastante... Eu estava bastante nervosa, muitos problemas na minha família... Na verdade, hoje eu atribuo o que aconteceu comigo foi por desamor... Desamor familiar... E isso me levou ao desespero... Só que tem uma coisa, eu estava muito nervosa... Eu deitei, estava dormindo, eu lembro que eu acordei, eu lembro que eu fui no banheiro, fui ali na cozinha e tomei água no bebedouro, tomei dois copos de água, quando eu voltei mais ou menos aqui no meio da varanda eu olhei e eu punha fogo na beira da minha roupa [...] (Colaboradora 5).

A Colaboradora 5 apresentou um enredo muito rico, com várias informações. O evento que culminou na sua queimadura revelou forte conotação religiosa, porque parecia que, para ela, o fogo representava simbolicamente uma purificação espiritual.

A Colaboradora 5 nos mostrou igualmente o quanto a oferta de serviços baseados em um modelo de saúde prescritivo e autoritário produz poucos resultados. Não cabe ao trabalhador da saúde cobrar e tentar impor determinadas condições ao usuário, mas precisa compreendê-lo, a partir dos problemas que evidencia, e buscar alternativas que lhe façam sentido no tratamento.

O papel do psicólogo, dentro das instituições de saúde, poderia estar direcionado a abarcar questões relacionadas ao sofrimento mental dos trabalhadores e à busca do entendimento sobre como as relações entre os trabalhadores se encontram, pois são fatores que refletem nas ofertas de serviços e no atendimento ao usuário. A constante exposição a corpos feridos, histórias tristes, principalmente quando se tratava de crianças, parecia afetar de maneira muito intensa os trabalhadores.

5.2.2. Percepções sobre o processo de internação

Após a ocorrência do evento que culminou na queimadura, a pessoa deve ser encaminhada o mais rápido possível para uma Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), onde receberá cuidados emergenciais e, seguidamente, serão iniciados procedimentos médicos e multiprofissionais. Os períodos de internação costumam ser demorados, podendo durar meses. Já o tratamento das sequelas, após a internação, pode durar anos ou mesmo ser definitivo.

A maior parte das pessoas entrevistadas referiu, durante o período de internação, diversos estressores psicológicos em decorrência do afastamento da família, dependência de cuidados, perda de autonomia e afastamento do trabalho, como apontado por Carlucci et al. (2007). Também foi recorrente a sensação de medo, ansiedade e insegurança, conforme descrito por Adcock et al. (1998 apud CARVALHO, 2006):

Estava muito confusa, né?... E, no período de hospital, eu acho que não estava muito consciente do que tinha acontecido, eu não tinha tanta noção do que tinha acontecido. Parecia que eu estava fazendo tipo uma viagem, eu ficava meio aqui, não consciente totalmente. Não tinha consciência do que tinha acontecido, da extensão do que tinha acontecido. (Colaboradora 2).

Horrível! Horrível! Horrível! Nossa! [...] tinham pessoas muito mais queimadas do que eu, né? [...] é complicado, porque na verdade eu queimei essa parte aqui ó... o seio, o pescoço, daqui para cima... eu ficava enrolada daqui até aqui de curativo... E os braços também e o pescoço não. Mas tinha gente lá que era horrível... só com a cara de fora e dava desespero, sabe? (Colaboradora 5).

Eu sentia sensível... Como se viesse uma dor da alma e... Uma tristeza sabe? Eu me sentia sozinha, porque não podia ficar ninguém da minha família, né? E eu ficava longe... Então, eu estava no meio de umas pessoas desconhecidas e que eu ficava insegura... (Colaboradora 9).

Eu acho que se eu tivesse ficado sozinha em um quarto que nem eu fiquei os trinta dias aqui, eu acho que eu não aguentava... (Colaboradora 11).

Verificamos a importância que teve para essas pessoas uma equipe hospitalar bem preparada, propiciando um cuidado humanizado. Parte dos entrevistados descreve como o acolhimento dos profissionais de saúde favoreceram suas recuperações e amenizaram suas angústias:

[...] mas eu acho que assim, fui bem acolhida. No hospital do convênio, a médica foi assim, ótima comigo. Porque eu não tinha noção do que era um centro de queimadura. Antes disso, eu não sabia que existia esse mundo e, por mim, eu entendia que era no convênio que eu estaria melhor, mas indo para Santa Casa L, eu percebi que precisa-se de pessoas especializadas para se cuidar de queimados [...] (Colaboradora 1).

Eu fiquei em hospital muito bom, onde eu criei amizade com todo mundo. Eles foram supercuidadosos, eles trabalham com muito amor. (Colaboradora 2).

Lá na Santa Casa, por exemplo, o que fizeram para mim lá eu acho que fizeram o bastante, não faltou nada, não. (Colaborador 7).

[...] quando eu cheguei, o acolhimento foi maravilhoso e, durante todo o tempo que eu fiquei, foi incrível o tratamento, o atendimento, o carinho das meninas e não por eu ser da área da saúde, porque elas nem sabiam na realidade quem eu era, mas o carinho humano mesmo de um ser humano para o outro... foi muito bom, foi uma experiência de vida que me fez crescer muito... Um olhar mais terno, sabe?... Apesar de ter sido horrível, o fato é... A consequência para mim foi boa... (Colaboradora 4).

Ao longo do período de internação, a pessoa que sofreu queimaduras é submetida a diversos procedimentos dolorosos. Os entrevistados deram muita ênfase a esse assunto:

Pessoa já está ali sofrendo, com muita dor, muito sofrimento, aliás... Muita não, só sofrimento. (Colaboradora 5).

Eles me davam remédio no soro pra mim tomar e tomar banho e só que na hora de tirar o curativo das costas grudava e do braço... Era uma dor imensa... (Colaborador 7).

Lá é só sofrimento [...] Das sete ao meio dia, você só ouve grito, choro, é um lugar que deixa a gente bastante... [...] Todo mundo grita, porque o banho é

horrível, dói demais... Até eu gritei! Até eu incomodei os outros, porque a gente tomava morfina e tudo, mas o banho é horrível demais. (Colaboradora 5).

[...] os procedimentos eram dolorosos demais [...] quando ela ia fazer a raspagem, que a gente ia para uma sala especial, era lavado com uma escova... Uma escova de lavar roupa... Ela fazia a anestesia... Só que, ao voltar para o quarto, depois de já passada a anestesia, a dor era muita... Na hora do banho... Caía água e era uma dor horrível... Uma dor assim que não tem como descrever... É insuportável... [...] Mesmo sob medicação... A dor diminuía, mas continuava... (Colaboradora 4).

Eu fiz três raspagens... Cada raspagem que eu ia, eu me desfalecia, eu desmaiava [...] ela deu banho em mim e ela pegou um... Ao invés de ela pegar a toalha, ela pegou um lençol e fez assim em cima da raspagem, misericórdia! Aquilo lá... Na hora, eu desmaiei... (Colaborador 10).

[...] foram invasivos comigo, a ponto de eu quase chamar o psiquiatra para me dopar, porque eu não aguentava a pressão. (Colaboradora 1).

[...] porque é terrível! Assim, é um tratamento doloroso, é um tratamento que exige curativos, banhos, e se a pessoa não tiver prática, não tiver sensibilidade, ela termina de matar o cidadão que se queimou, porque psicologicamente é uma agressão que eu não sei te dizer o tamanho, assim, a sequela, a queimadura, porque você tem a queimadura física, mas você tem a dor e você tem, você sabe que você está com seu corpo todo aberto, a sua pele está aberta e você precisa ir tomar banho e você é.... Olha, realmente não é uma coisa muito fácil, não, e elas precisam tentar amenizar ao máximo que possível a dor, o dano psicológico, e não é qualquer um, não, que está habilitado para fazer isso. (Colaboradora 1).

No que tange à internação, foi observado que as pessoas que sofreram queimaduras necessitaram de um atendimento diferenciado, principalmente pelo risco de terem infecções. Dependendo das lesões, em alguns casos, as pessoas ficavam internadas em quartos isolados. O fato de ficarem isolados trazia grande sofrimento às pessoas. Parte dos entrevistados frisaram a necessidade de terem acompanhamento psicoterápico, sobretudo nesse período, mas poucos receberam essa oferta. Parece-nos que a atuação do profissional da Psicologia seria muito pertinente, nesse período.

Foi recorrente as pessoas estabelecerem vínculos com determinados trabalhadores e preferirem que apenas estes realizassem os procedimentos de saúde necessários. A maior reclamação dos usuários foi com relação aos procedimentos dolorosos e com profissionais que realizavam esses procedimentos de forma muito técnica, sem comunicar anteriormente o que seria feito. Na perspectiva dos entrevistados, não havia como eliminar a dor, contudo, sentiam como amenizadores da dor a possibilidade de o profissional iniciar um diálogo antes de começar qualquer

procedimento, comentar o que seria feito naquele momento e que, juntos, decidissem a melhor forma, com menos dor, para a execução do procedimento.

O contato com outros pacientes com queimaduras, durante a internação, teve efeitos contraditórios. Praticamente, todas as pessoas apontaram se sentirem desconfortáveis quanto aos gritos e reclamações de dor das outras pessoas. Ao mesmo tempo, ressaltaram que a percepção sobre a existência de outras pessoas em condições semelhantes, ou até mesmo piores, parecia trazer-lhes uma sensação de alívio.

5.2.3. A continuidade do tratamento

A continuidade do tratamento consiste na fase de acompanhamento posterior ao tratamento da fase aguda do paciente queimado. Busca-se propiciar ao sujeito um tratamento que englobe a redução das sequelas, juntamente com o trabalho psicológico e de retorno ao convívio social comum. Para tanto, é necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar e a comunicação entre diferentes redes de cuidado que promovam um tratamento integral.

O tratamento da pessoa com sequelas de queimaduras depende dos anseios que a pessoa apresenta quanto à sua saúde e também dos limites dentro do aparato técnico e material disponíveis na Rede de Saúde (VANA, 2017; HERNDON, 2012). Parte das pessoas afirmaram ter tido dificuldades em terem seus problemas de saúde atendidos, de forma satisfatória. No que tange à atenção à pessoa com sequela de queimaduras, parece-nos que há uma grande fragmentação entre os serviços e pouca comunicação entre as redes, dificultando o acesso dos sujeitos às redes de cuidado de que necessitam.

Em concordância com Cecílio (2001), cabe aos trabalhadores da saúde buscarem uma melhor escuta das pessoas que procuram cuidados em saúde e, dependendo do momento em que o usuário se encontra, direcioná-lo a uma unidade básica de saúde ou a algum serviço de maior complexidade. Cecílio (2012) destaca a importância de processos que “[...] vão desenhando fluxos, pontos de conexão e articulação entre os serviços de saúde.”

As pessoas também apontaram que, após a alta hospitalar, receberam poucas informações sobre como e onde poderiam dar continuidade ao tratamento. Elas encontraram dificuldades em localizar profissionais qualificados para a realização do tratamento. Uma das situações mais graves foi mencionada pela Colaboradora 3:

É um tratamento dolorido e a longo prazo, e eu acho que você chega em um lugar: no interior do Norte, Nordeste, ninguém sabe como tratar o queimado, como eu. Eu cheguei lá em Araguaína –TO, lá no Norte, ninguém sabia como tratar o queimado, então, para você ver, um dia sim, um dia não, eu recebia anestesia geral para fazer um curativo e isso poderia agravar a ferida, a minha situação de saúde [...] (Colaboradora 3).

Ela teve grande parte do corpo atingido pelas queimaduras e seu tratamento durou anos. Diante da gravidade de suas sequelas e da inexistência de locais de atendimento próximos, mudou-se para Goiânia, a fim de continuar seu tratamento, de forma integral. No relato acima, ela demonstra a falta de capacitação profissional e estrutural dos locais por onde passou e foi atendida.

O tratamento da pessoa com sequelas de queimaduras é longo, doloroso e exige um grande investimento de energia, por parte daqueles que optam em se tratar. A Colaboradora 1 resume muito bem essa ideia, quando diz:

Então, é uma escolha que nós fazemos. (Colaboradora 1).

Podemos ter uma dimensão do tempo e do desgaste do tratamento, quando ela mesma salienta:

Pretendo voltar a trabalhar o ano que vem, eu estou muito cansada do tratamento, são praticamente seis anos dedicados ao tratamento, a ponto de dizer assim: Poxa, eu prefiro ficar assim do jeito que eu estou, não aguento mais! (Colaboradora 1).

Como exposto pela Colaboradora 1, o tratamento é extremamente desgastante e, muitas vezes não é possível ser conciliado com o trabalho, gerando um tipo de sofrimento, pois as pessoas se sentem improdutivas. Ao serem submetidas aos diversos procedimentos de correção cirúrgica, ficam debilitadas fisicamente e psiquicamente. Trata-se de um tratamento muito intenso:

Esse tempo que eu fiquei afastada, os três anos agora para fazer cirurgia, de três em três meses, né?... no intervalo de três em três meses. Cada internação eu fazia cinco ou quatro, nunca uma única cirurgia. (Colaboradora 2).

A continuidade do tratamento também implica riscos, porque nem sempre os procedimentos são bem-sucedidos e os resultados desejados são alcançados. Isso pode gerar uma grande ansiedade nas pessoas:

[...] a cada cirurgia que eu enfrento a gente pensa, né?... é um risco que a gente corre e não é muito fácil, não. (Colaboradora 1).

O risco a que a Colaboradora 1 se refere não é somente o do resultado do procedimento cirúrgico em atingir as expectativas desejadas, mas também o risco do agravamento das sequelas e de complicações cirúrgicas.

Aqueles que nunca tiveram contato com uma pessoa com sequelas de queimaduras podem mostrar certas dificuldades em compreender como as queimaduras modificam as áreas corporais atingidas e como o tratamento, muitas vezes, é extremamente debilitante. A partir dos seguintes relatos, provavelmente a questão poderá ficar mais evidente:

Eu fiquei no Hospital um mês e aqui em casa fiquei dez meses, e não podia tomar sol e, para entrar no carro para ir para a Cidade G, alguém tinha que me segurar, porque eu estava muito fraca e eu comia muito pouco, sabe? (Colaboradora 5).

Quando eu comecei a fazer fisioterapia, eles me deram as malhas que são usadas para queimados, só que aquilo não adiantou nada... Eu tive quelóide igual, daí eu fui fazer cirurgia plástica, só que, mesmo assim, eu tenho quelóide ainda... eu até penso em fazer outras cirurgias, mas não sei quando, não. (Colaboradora 8).

[...] a sequela da queimadura, a cicatriz deixa muitas sequelas, né?... de movimento, de retração, a boca fica pequena demais por causa da cicatriz. Um desses casos foi o meu, que eu fiz duas cirurgias na boca, para poder voltar o tamanho, para poder ter uma alimentação normal e, inclusive, terá que fazer mais cirurgias. (Colaboradora 3).

Eu fiz a orelha que eu não tinha, que eu falei para o meu chefe... Eu morria de vontade de pôr brinco e eu não tinha orelha, a minha orelha era grudada... Eu fiz orelha, soltei o pescoço para eu poder virar, porque eu também estava prejudicando a minha coluna e o meu braço também que não esticava... (Colaboradora 11).

[...] no Hospital eu ficava colocando o travesseiro e daí deu um quelóide aqui, eu fiquei oito meses com o pescoço colado. (Colaboradora 5).

O meu pescoço grudou, o meu braço grudou, eu fiquei totalmente deformada... (Colaboradora 11).

Nos casos das queimaduras mais graves, a pele literalmente parece derreter, e durante o processo de cicatrização, ocorrem retrações cutâneas, conseqüentemente, a pessoa pode ter a perda ou o prejuízo da movimentação do membro. É de extrema importância a atuação do profissional de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, nesse período de cicatrização.

O tempo é um determinante na qualidade das cicatrizes e na redução das sequelas. Quanto maior o tempo sem a realização do tratamento adequado, maiores são as chances de agravamento das sequelas e diminuição das possibilidades de reversão dos movimentos prejudicados. O movimento confortável do queimado

sempre será aquele (posição) que vai levar à sequela e o movimento desconfortável vai ser sempre o que vai ampliar o movimento e vai permitir que a pessoa reduza a sequela. Os movimentos exigidos no tratamento são justamente aqueles que exigem grande esforço e dor. Podemos sustentar que o tratamento é um sofrimento escolhido, para que se obtenha um resultado final satisfatório.

Estou há duas semanas tomando antibiótico, na verdade estava, terminei agora, nessa segunda-feira. E aí você toma antibiótico, ataca seu estômago, toma antibiótico, tem diarreia, aí você toma antibiótico, você não tem apetite, daí você perde peso. Daqui a pouco estou ganhando de novo - cirurgia! Então, assim, até pelo meu próprio organismo, vou fazer o que consigo esse ano e vou voltar a trabalhar para dar um descanso para o meu corpo. (Colaboradora 1).

Pudemos notar a dificuldade que as pessoas tiveram em acessar os serviços, a fim de dar continuidade ao tratamento. Parte das pessoas expôs, em seus relatos, um cenário de desamparo e falta de informação:

Eu saí do hospital, não utilizei psicólogo do Estado, nem nada. Tinha alta, era liberado, a parte clínica, né?... como é que fala? Física só que interessava, física ficou boa, pode ir embora para casa... (Colaborador 12).

Foram importantes todos os tratamentos, fisioterapia, a própria terapia, porque a mente fica muito confusa, assim, é um turbilhão de sensações, acho que você tem, sim, que ter acompanhamento, sim, psicológico e a fisioterapia, porque você trava né?... Quando você não se movimenta, você trava. Tem pessoa no grupo que está toda atrofiada, não fez, não teve acesso, não procurou ou até não tinha informação. (Colaboradora 2).

[...] o paciente, depois que ele tem todas as feridas cicatrizadas, o SUS não quer mais arcar com aquele paciente, porque o queimado, não sei se você sabe, ele é um dos pacientes mais caros que têm, porque ele é um tratamento assim, constante, que há sempre alguma coisa para fazer e depois que chega nessa fase de cicatriz, o SUS não quer mais arcar com isso, né?... porque o SUS, ele só arca no período agudo, enquanto está com a ferida. (Colaboradora 3).

Eu gostaria muito que esse trabalho abrangesse uma área grande... Exatamente isso que você está fazendo, e ampliasse, para que as pessoas tivessem uma visão melhor, porque, às vezes, tem gente que tem queimadura e fica internado e que sai e não tem acompanhamento... Porque não tem alguém que instrui e que diz o que fazer, que vai ajudar a correr atrás... E não tem uma divulgação dessa parte, de um centro especializado, de um acompanhamento psicológico... Eu gostaria que isso expandisse, que fosse mais divulgado, para que as pessoas sofressem menos... (Colaboradora 4).

Praticamente, todas as pessoas apontaram a necessidade de ampliar o acesso e diminuir o tempo de espera para a realização do tratamento pelo SUS, inclusive, da realização das cirurgias de reparação das cicatrizes. O tempo de espera cria uma grande insegurança nos usuários, ficam apreensivos quanto à efetivação da

realização de procedimentos cirúrgicos ou se terão acesso aos tratamentos especializados:

[...] porque, assim, se a pessoa não for atrás, fica restrito ao hospital, só. Ela não aprende a cuidar das cicatrizes dela, porque ela não tem quem ensine [...] Tem tratamento de fisioterapia, tem tratamento de T.O., e as pessoas não sabem, ficam dentro de casa, esperando. (Colaboradora 1).

[...] a pessoa precisa de uma ajuda e o governo não dá essa ajuda, porque eles tratam isso como estética, não é como uma necessidade de ir e vir ou de um movimento que aquele paciente vai perder, eles tratam isso como estética. (Colaboradora 3).

[...] as pessoas não estão preparadas para trabalhar com queimados [...] no convênio, as fisioterapeutas de lá não sabiam como lidar, eu tinha que ensinar para elas o que elas precisavam fazer. Não é por maldade, elas talvez não peguem ninguém com queimados, não têm experiência [...] (Colaboradora 1).

Havia uma particularidade entre as mulheres com sequelas de queimaduras entrevistadas. Elas destacaram a importância do acesso a programas e serviços de treinamento e tratamento estético. A utilização correta da maquiagem diminuía a visibilidade das cicatrizes, tendo grande importância para elas, melhorando a autoestima. O problema é que existiam pouquíssimos profissionais especializados e capacitados para esse tipo de trabalho.

O aumento das despesas financeiras por conta do tratamento também foi um item ressaltado pelas pessoas que sofreram queimaduras. Algumas conseguiram obter transporte gratuito, para se deslocar para os locais de tratamento e receber medicamentos, por meio da rede pública. Contudo, a maior parte das pessoas indicou como problema a falta de fornecimento de medicamentos e determinados materiais, através da rede pública de saúde.

A maior parte das pessoas precisou usar cremes hidratantes, protetores solares e, especialmente, a malha compressiva (para queimados). As malhas compressivas exercem pressão constante sobre a área cicatricial e contribuem para o tratamento de cicatrizes resultantes de queimaduras. É um material muito caro e, de acordo com os entrevistados, o fornecimento pelo SUS se dá de forma muito precária:

De vez em quando, fica repuxando assim o meu pescoço, mas é porque eu estou sem o creme que passa. Eu tenho que passar um creme toda noite [...] Não é qualquer creme. [...] tenho que comprar, e os meus remédios são caros... Tem o creme, já tentei conseguir e não consegui... Tem o outro que passa na pele, aqui no braço, que é na manipulação, e tem mais... São três remédios que eu uso para queimadura. (Colaboradora 5).

A primeira malha, como eu não fui logo para a ONG P, eu tive que comprar, mas daí a empresa me ajudou com a doação de dois conjuntos de malhas. É muito caro, muito caro! Cada conjunto, como o meu era completo, era mil e

cem reais, depois mil e duzentos, foi algo assim, bem caro para se manter, porque tem que descartar. Depois de quatro ou cinco meses, não dá mais para usar. Na ONG P, é totalmente gratuito. (Colaboradora 2).

[...] é muito caro! No meu caso, eu vivi de doação, de um e de outro, porque o queimado é difícil ele ganhar alguma coisa do governo, um tipo de benefício enquanto ele está em tratamento pela queimadura. Eu mesma não tive nenhuma ajuda do governo, foi a ajuda de um empresário que eu conheci lá em Goiânia, onde ele foi me ajudando com as cirurgias, foi ajudando com alimentação, eu ganhava uma cesta básica de um lugar, ganhava um alimento de outro, ganhava suplemento alimentar, porque eu era muito pequena e magra, desnutrida, e foi assim que eu fui sobrevivendo [...] (Colaboradora 3).

Eu pago a minha gasolina, eu gasto aí em média de quatrocentos reais por semana, porque eu vou e volto, vou e volto... E acho que é isso, são remédios, filtros solares, malhas, o transporte, remédio [...] (Colaboradora 1).

[...] isso também é muito grave, como eu não sabia da ONG P, eu tive que comprar malha, né?... e você precisa, no mínimo, de dois jogos de malha... E são caríssimas, uma luva na época custava cento e trinta reais. Eu usava malha no corpo inteiro [...] (Colaboradora 1).

Só a minha viagem a cada vez que eu venho aqui é trezentos reais... Mas eu sou capaz de vir aqui e sair de onde eu moro, porque eles me deram a certeza de eu confiar neles... (Colaboradora 9).

De modo geral, as pessoas enumeraram as seguintes dificuldades, com respeito à continuidade de seus tratamentos: falta de serviços de saúde com especialidade em queimaduras, distância percorrida para a realização do tratamento, despesas financeiras relacionadas ao tratamento, falta de profissionais qualificados, falta de informação e demora de atendimento nos serviços de especialidade e na realização de cirurgias. Verificamos que, nesse vácuo existente entre a internação e o tratamento das sequelas, as Organizações Não Governamentais (ONG) desempenharam um importante papel na vida dessas pessoas.

Existem diversas ONG espalhadas pelo Brasil em prol das pessoas com sequelas de queimaduras. Algumas colaboradoras apontaram o fornecimento de malhas compressivas, o acompanhamento psicoterápico, fisioterapia e até mesmo apoio judicial à pessoa com sequela de queimadura, sendo desempenhado pelas ONG.

Entramos em contato com algumas dessas ONG brasileiras, em 2016 e 2017. Chamou-nos a atenção o fato de todas comentarem sobre a incerteza quanto à continuidade do seu funcionamento, pois enfrentavam problemas financeiros. O funcionamento das ONG, na opinião de todos aqueles que as usaram, foi fundamental. Contudo, verificamos que elas não possuíam capacidade suficiente para

beneficiar todos aqueles que saíam dos hospitais, necessitando de algum tipo de apoio. Havia pouca divulgação dos serviços ofertados nas ONG, sendo que uma minoria de pessoas com sequelas de queimaduras sabia da existência dessas ofertas. As ONG pareciam ser a resposta mais imediata e possível, dentro do contexto de desamparo e desinformação no qual as pessoas com sequelas de queimaduras se encontravam, após a saída dos hospitais.

Sobre a importância do acompanhamento psicoterápico, durante e após a internação, obtivemos diferentes respostas. De acordo com o Colaborador 7, ao longo de todo o período de internação, não foi atendido por nenhum profissional da Psicologia, mesmo revelando grande sofrimento psíquico. No momento da entrevista, acrescentou que não sabia o que era Psicologia e o que era um Psicólogo. Por não saber do que se tratava, não sabia dizer ao certo se era importante ou não esse acompanhamento. Fora o Colaborador 7, todos os participantes da pesquisa salientaram a relevância do acompanhamento psicoterápico, durante e após a internação. Na opinião das pessoas entrevistadas, o retorno para casa e o convívio social se dão de forma turbulenta, a pessoa se depara com uma nova condição corporal, que implica lidar com mudanças na autoimagem e com modificações em suas relações sociais:

[...] é a psicóloga que me atende, ela tem me ajudado muito nesse sentido! Tanto é que, por exemplo, tanto hoje, eu faço cirurgia, claro, eu sei dos riscos, mas eu já não tenho aquele medo gigante de morrer que eu tinha, quando eu comecei a operar. Hoje ela me ajuda, isso, por exemplo, é algo que eu percebi que evoluiu, melhorei muito, hoje ela me ajuda em todas as outras coisas, isso também, mas tem demandas muito mais importantes e ela me ajuda, entendeu? (Colaboradora 1).

[...] a psicóloga foi incrível... O tempo todo, todos os dias, em determinado horário... geralmente era das 13 às 14, ela estava no quarto comigo, todos os dias... [...] ela me ouvia muito e me deu muito apoio... Ela me ajudou muito a superar as marcas... Mesmo depois da alta, ela ainda me atendia, ela me ajudou a superar o trauma, as marcas, a depressão, porque eu fiquei com medo, eu tinha medo de conviver com os meus vizinhos, porque eu não tinha noção dessa maldade toda né? E daí fui ter, de uma forma horrível, e ela foi maravilhosa... Uma profissional incrível. (Colaboradora 4).

Hoje é a primeira vez que eu estou vendo um psicólogo na minha vida... Depois de isso aí... Que está se preocupando, primeiro agora, você... Nunca teve ninguém. (Colaborador 10).

[...] o psicológico é muito importante! Tanto no período que já cicatrizou quanto no período dentro do hospital. Tem que começar do início, até porque eu acho que o tratamento psicológico para o queimado, ele não tem fim, ele poderia ser um tratamento constante, porque quem tem cicatriz, principalmente quem tem cicatriz na face, sofre muito preconceito e você tem que lidar todo dia com aquilo, e você tem que achar uma forma de desabafar com alguém, né?... contar como é que foi, você precisa! (Colaboradora 3).

Às vezes, a pessoa se tranca naquele mundo dela: o queimado, o tadinho, coitadinho dele! E aí é onde entra o trabalho psicológico, né?... para trabalhar aquela “tadinho” da pessoa e mostrar pra ela que ela não “tadinha”, que ele é uma pessoa normal como qualquer outra, e qualquer está sujeito a sofrer o que ele sofreu. Eu acho muito importante o trabalho psicológico com queimados. (Colaboradora 3).

A presente pesquisa mostrou uma limitação: todas as pessoas entrevistadas tinham feito ou estavam fazendo algum tratamento de saúde, após a saída da internação hospitalar. As pessoas localizadas a partir da lista do Ambulatório ou que ali estavam, de certa forma, estavam dando continuidade ao tratamento. As pessoas que foram localizadas a partir da técnica *Snowball* haviam se conhecido principalmente em locais de realização de tratamento. Constatamos que, de uma maneira ou de outra, praticamente todos os entrevistados acessaram algum tipo de tratamento. Acreditamos que seria de grande relevância a localização e a efetivação de estudos com pessoas que não conseguiram ou optaram por não realizar qualquer tipo de tratamento. Estaria nesse aspecto, como um grande desafio a qualquer pesquisador, a localização desses sujeitos.

5.2.4. Mudanças de vida após a queimadura

Pensar em modificações na vida das pessoas, após as queimaduras, não é algo simples, pois cada pessoa evidenciou uma versão muito particular sobre as transformações decorrentes do evento.

As modificações estéticas devido às queimaduras foram retratadas em todas as narrativas; em um primeiro momento, essas transformações corporais pareciam ser o que mais impactava as pessoas:

A primeira impressão é a fragilidade, você se sente frágil... Sente que você não é mais aquilo... Entendeu? (Colaborador 10).

Eu tinha uma visão que aquilo era passageiro no hospital. Aí, quando foi caindo mesmo a ficha, que aquilo ali era para sempre, que as marcas eram para sempre, foi difícil [...] (Colaboradora 2).

Foi horrível! [...] quando eu cheguei em casa, eu dormi e achei que no dia seguinte eu iria acordar e que tudo aquilo era um pesadelo e você vê que você acorda e que não é um pesadelo e que aquilo é verdade. (Colaboradora 1).

Pudemos compreender, a partir dos relatos, que, para as pessoas com sequelas de queimaduras, as marcas cicatriciais que carregavam representavam uma história pessoal de dor, mas também de superação. De forma visível, as cicatrizes

expõem a todos os que as olham a ocorrência de um evento que feriu a pessoa gravemente. Todas as vezes que a pessoa olha as suas próprias marcas, inevitavelmente, são retomadas lembranças sobre o episódio que vivenciaram. As cicatrizes contam uma história, por isso, talvez, em vários diálogos as pessoas se remeteram à sua experiência, não só como uma marca corporal, mas também como uma “marca na alma”:

Deixou marcas profundas, né?... Na alma... Tanto físico, quanto na alma... (Colaborador 10).

Não são as marcas cicatriciais em si que mudam as vidas das pessoas, todavia, principalmente, o tipo de relação que a pessoa estrutura com a sua história e com a sua nova condição corporal.

O Colaborador 12, por exemplo, teve que lidar com diversos desconfortos por conta da sua aparência, mas o fato de ter perdido o pai, a mãe e a irmã, no mesmo acidente em que se queimou, foi o que mais lhe trouxe dor. As sequelas apresentadas pela Colaboradora 8 também lhe traziam desconfortos diários, contudo, o fato de saber que estava viva, após um evento tão grave, fazia com que esses desconfortos ficassem em um segundo plano.

Após adquirirem sequelas de queimaduras visíveis, as pessoas entrevistadas enfatizaram significativas mudanças, no convívio social. As cicatrizes se diferenciavam do que comumente é visto e isso despertava muita curiosidade nas pessoas que se deparavam com quem possuía sequelas. Baseados no que nos foi relatado, pudemos constatar que a imagem do corpo com sequelas de queimaduras é muito pouco difundida nos meios de comunicação. Os próprios entrevistados frisaram que nunca viram, em comerciais televisivos, a exposição de um corpo com sequelas de queimaduras. Quando vistas, as marcas de queimadura chamam a atenção e, ao mesmo tempo, causam um estranhamento, pois as pessoas que olham parecem não saber do que se trata ou o que causou aquela marca. Essa diferença muito visível no corpo, somada ao desconhecimento sobre a origem das marcas, por parte dos que olham, podem gerar diversas situações desagradáveis à pessoa com sequelas de queimaduras. As pessoas entrevistadas relataram que passaram por situações em que outras pessoas que estavam próximas pareciam ter receio de se aproximarem; em outros casos, olhavam com dó, faziam chacotas ou mesmo comentários ofensivos.

Mostardeiro e Pedro (2010) afirmam que a modificação corporal causada pela queimadura pode levar o sujeito a ter sentimentos negativos em relação ao próprio corpo, que passam a presentificar seu cotidiano. O sentimento negativo com respeito ao próprio corpo variou entre as pessoas entrevistadas. Alguns revelaram grande descontentamento com seus corpos, outros diziam não ter problema algum com marcas:

Eu sempre fui uma pessoa que sempre me cuidei, que gostava de me cuidar e ter um pouco de vaidade e tal... Então, quando eu olhava para as minhas pernas, eu ficava triste; na época, eu fiquei internada e só chorava, chorava e as meninas falavam: “Não, Colaboradora 9, não chore!”... E eu falava: “Não, mas eu choro porque... Olha as minhas pernas!”... Então eu acho que isso mexe, sim, com a gente, mexe com o ego da gente, se a pessoa for uma pessoa vaidosa, que goste de si própria, que se ama, né?... Que gosta de se ver bela, bonita e... Porque é bom a gente dizer... “Minhas pernas são bonitas, meus braços são bonitos, meu rosto é bonito”, né? E você se amar, se gostar e se curtir e, de repente, você se vê daquele jeito e... Então, você fica “Será que eu vou ficar do mesmo jeito?”, “Será que essa pele que vai ficar assim?” (Colaboradora 9).

Eu acho que essa é a maior dificuldade, você não poder, por exemplo, fazer coisas que você gosta, tomar sol, você não poder ir a uma praia, vestir um biquíni, embora eu já não usava muito biquíni, mas você não pode, você não consegue mais se expor tanto, interagir. (Colaboradora 1).

A queimadura não me incomoda em nada, eu vou à praia, eu uso biquíni, eu não ligo, eu realmente não ligo... eu não tenho um pinga de complexo da minha queimadura, eu nunca tive! (Colaboradora 11).

Costa et al. (2008) assinalam que pessoas com sequelas de queimadura, devido aos incômodos gerados pelas cicatrizes, tendem a tentar escondê-las, evitando exposições. Há casos em que estas pessoas passam a evitar até mesmo o convívio social fora de casa. O Colaborador 10 ilustra muito bem essa situação, porque, além das limitações físicas que o impediam de executar determinadas atividades, ele se mostrava envergonhado e constrangido, ao sair pelas ruas da cidade:

Eu sinto assim... Que quase um... inválido, né? Quase... Caminhando para esse lado, às vezes você se sente excluído, a exclusão, né?... Já não participo mais do convívio com a sociedade... (Colaborador 10).

No trabalho, no futebol, esportes, eu não posso fazer mais... Eu sinto formigamentos nos dois pés... Então, mudou completamente minha... Não é como era antes mais... (Colaborador 10).

A luta do queimado é uma luta constante com si próprio, com a sua cicatriz. É uma coisa que você tem que estar todo dia lutando com aquilo, sem cessar [...] (Colaboradora 3).

São diversos os estudos que apontam mudanças na dinâmica familiar do sujeito afetado pelas queimaduras. No final dos anos 1950, Russo (1959) já apontava que os efeitos da queimadura não se restringiam apenas ao sujeito, mas repercutiam em toda a esfera familiar.

Carvalho (2006, 2011) explora, em seus trabalhos, o impacto da queimadura na esfera da família e a influência do apoio familiar na recuperação do paciente queimado. As entrevistadas feitas para esta pesquisa demonstram o quanto o evento da queimadura pode alterar drasticamente as relações dentro da família:

Eu estou falando do meu sentimento aqui dentro, é o que eu sinto no dia a dia... às vezes, eu fecho essa porta ali, fico ali, ó... remoendo, desabafando, não tem com quem desabafar [chora muito], meus filhos não me escutam, se falar alguma coisa para eles, eles viram as costas para mim, me deixa falando sozinho... Então, para não passar por esse tipo de coisa, prefiro sofrer sozinho... (Colaborador 10).

Com a família foi muito difícil, porque envolveu a morte da minha mãe, então, foi muito difícil, assim, tive que mudar de cidade e viver sozinha, porque foi um momento *punk* para mim, eles me culpavam, falavam: “Foi você!” E me deixava muito mal. Se eu continuasse perto deles, eu iria fazer uma besteira, então, eu decidi mudar de cidade, de ficar longe, assim, até amenizar as coisas. [...] foi o que mais pesou. Acho que foi pior do que aceitar, por exemplo, a cicatriz. (Colaboradora 2).

A minha esposa foi embora, me abandonou. Por quê? Porque... você sabe, né?... Vários fatores, uma que ela passou tudo o que eu passei na época da queimadura, ela sofreu comigo também. Abalou até o psicológico dela, também... [...] E abalou eu, abalou ela, abalou a família inteira! Ela não aguentou, não suportou – a pressão... Pegou, juntou as coisas dela e foi embora morar com outro. O que ela fez foi isso... Não suportou, né?... Não culpo ela, porque ela não tem culpa! Isso daí, é culpa assim, do Estado, né?... que não deu apoio adequado para mim... porque eu fiquei desempregado – com sequela, desempregado, passando necessidade... Qual mulher que aguenta isso? (Colaborador 10).

Eu não sofri só dor física, eu sofri muitas outras coisas... Abandono, tristeza, isso aí, eu ainda lembro muito... Está bem marcante para mim. (Colaboradora 5).

Eu sofro, viu? Tem pessoas que, da minha própria família, me chamam de louca até hoje... Eu sofro com isso, mas eu tiro de letra, porque Deus é mais, falam que eu sou louca, pessoas da minha família, filho, fica difícil, é difícil, é uma coisa que a gente leva pro resto da vida, porque vai ter sempre isso, né? (Colaboradora 5).

A família exerceu significativa influência no bem-estar das pessoas afetadas pela queimadura, entretanto, em determinados casos, as pessoas não tiveram apoio familiar. Foram relatadas situações em que os laços familiares, após o evento da queimadura, foram fortalecidos. Em outras situações, a demanda de cuidados

apresentada pela pessoa com sequelas de queimaduras pareceu causar desconfortos em alguns familiares, gerando atritos e afastamentos.

Pareceu-nos que parte significativa dos trabalhadores da saúde depositava grande expectativa quanto à colaboração do familiar, no acompanhamento da pessoa com sequela de queimadura, porém, infelizmente, nem sempre isso ocorria. Nas próprias reuniões realizadas entre o pesquisador e as pessoas com sequelas de queimaduras, usualmente, eram destacadas situações de rompimento familiar e separação conjugal, por conta dos problemas trazidos pelas queimaduras.

Questões associadas à sexualidade foram igualmente recorrentes nos relatos. As mulheres apresentaram maior preocupação quanto à questão estética do corpo e expuseram situações em que se sentiram inseguras dentro dos relacionamentos por conta das cicatrizes, como o exemplo a seguir:

Eu confesso para você que as primeiras vezes que eu saí, saí mesmo de verdade, não só de beijar, eu ficava imaginado “o que a pessoa vai pensar na hora que me ver sem roupa?”, mas eu acho que meu jeito era tão assim que eu não sei... Nunca fui rejeitada por nenhum namorado [...] Se foi para eles, eles nunca me falaram... mas para mim, na primeira vez, eu sempre fiquei... Eu pensava: “Putz! E agora? Como eu vou arrancar a roupa?” (Colaboradora 11).

Incômodos ao transitar pelo espaço público foram mencionados por todos os entrevistados. As marcas cicatriciais despertam muita curiosidade nas pessoas (DIAS et al., 2008; CARLUCCI et al., 2007; COSTA et al., 2008) e, de fato, dificilmente uma pessoa com sequelas de queimaduras passa despercebida, nos espaços públicos. Esses olhares insistentes e invasivos traziam grande desconforto às pessoas com sequelas de queimaduras e, em certos casos, alguns curiosos faziam perguntas e comentários impróprios, gerando-lhes constrangimentos.

As pessoas entrevistadas demonstraram como reagiam a esse tipo de circunstância. Não raro, alguns dos sujeitos com sequelas não sabiam lidar com esse tipo de situação e acabavam evitando determinados espaços e situações, por se sentirem desconfortáveis:

Tem abordagens que são muito sem noção, muito sem educação, de perguntar alto por exemplo, dentro do transporte público, é, te deixando constrangida. Eu acho que tudo depende da abordagem, entendeu? Às vezes, eu respondo normalmente o que aconteceu e, às vezes, eu falo: “Não! Eu não quero falar isso! Você acha que eu vou falar sobre a minha vida num transporte público?” Tipo assim, quem tem que ficar constrangido é quem perguntou, a maneira que perguntou, acho que quem tem que constranger é a pessoa que não tem educação, então, às vezes, quando me perguntam de uma maneira muito mal-educada, eu deixo a pessoa constrangida. Não é eu que tenho que me constranger. (Colaboradora 2).

Por mais que você tente, por mais que você seja resolvida, vira e mexe, surge um conflito aí que faz você desistir de algumas coisas. (Colaboradora 1).

As marcas cicatriciais de queimadura se enquadram no que o sociólogo Erving Goffman (1975) definiu como “anormalidades do corpo”, significativas alterações físicas que podem evocar sentimentos negativos, no contexto social. Estudos como os de Costa et al. (2008) e Carlucci et al. (2007) sublinham que as marcas cicatriciais visíveis da queimadura podem obstaculizar o desempenho social das pessoas que possuem sequelas de queimaduras.

Para Goffman (1975), o que se diferencia do “comum” e “natural”, no contexto social, poderá ter um caráter estigmatizante. Compreendemos que as marcas cicatriciais de queimadura têm o potencial de fazer com que o sujeito vivencie situações nas quais se encontram inabilitadas para a aceitação social plena, como descrito por Goffman (1975). Os processos de estigmatização estão ligados a práticas sociais em um dado corpo social, assim, compreende-se que a atribuição do estigma para determinados atributos varia de um contexto sociocultural para outro.

Quando inferimos que essas pessoas podem estar inabilitadas para a aceitação plena (GOFFMAN, 1975), estamos asseverando que, por possuírem essas marcas corporais visíveis, supostamente, dentro do contexto social em que vivemos, estarão mais suscetíveis a sofrer o estigma e a ter prejuízos, nas suas interações sociais:

O preconceito, né? Eu acho que todo mundo que tem um problema sofre preconceito, tanto de saúde, quanto problema social, também financeiro, tudo isso gera o preconceito, e comigo não foi diferente. As pessoas viam, tinham curiosidade de perguntar como é que foi, o que é que foi. E não é todo dia que você está com paciência de responder, às vezes, que até tratava as pessoas mal, mas nunca porque eu queria, porque aquilo já estava, tipo assim, esgotando a paciência. A paciência já estava esgotada e você tinha que responder aquilo todo dia, a mesma coisa, mas para diferentes pessoas. E, quando a pessoa sofre esse tipo de acidente que deixa sequelas, é o que mais machuca ela, as perguntas todos os dias, o olhar meio torto, o olhar diferente. Isso vai mexendo muito com o psicológico das pessoas, como lidar com aquilo, porque tem muita gente que não sabe. Não sabe de forma alguma como lidar com o olhar da outra pessoa para você, que é a parte mais difícil que eu achei. Não foi nem o tratamento, nem a dor, é o olhar do outro para você, que é um olhar, tipo assim, preconceituoso mesmo! Um olhar diferenciado, porque você tem aquilo e porque você não é igual às outras pessoas. (Colaboradora 3).

Tem uma moça, poxa, ela acabou de se queimar e ela está muito entusiasmada: “Sou feliz, porque estou viva” – Mas ainda ela tem uma vida inteira para passar com aquela sequelas! E eu sei que esse entusiasmo vai passar! Porque vai vir dias difíceis pela frente, pessoas que estarão olhando para ela. Como já têm aquelas pessoas que se queimaram quando criança e que estão mais maduras e que já sabem como é difícil, já sabem que ninguém

conhece a gente e todo mundo acha que a gente é diferente, que a gente é feio, que a gente é um E.T. (Colaboradora 1).

[...] a pessoa tem uma cicatriz na face, ela já passa a ser coitadinha. Na sociedade tipo normal, que eu acho que para eles tem que ter um padrão normal, se não há um padrão normal! Ninguém é igual a ninguém... (Colaboradora 3).

Sair na rua e não ser percebida, os olhares, às vezes, os olhares de dó, às vezes, o olhar de nojo. E o que o pior é o de dó, porque as pessoas te olham: “Oh, coitada!” (Colaboradora 2).

Ah... Sinto! Já não é a mesma coisa, sente... Que a pessoa... Olha para você com caridade, com dó... Você já não é a mesma pessoa... (Colaborador 10).

As pessoas com sequelas de queimaduras são exigidas constantemente a terem posicionamentos subjetivos, frente a essas situações. Quando as pessoas não possuem recursos internos suficientes para lidar com essas situações, podem, conseqüentemente, internalizar o estigma. Nesse caso, a pessoa passará a ter atitudes e crenças negativas sobre si mesma (CORRIGAN; RAO, 2012; LIVINGSTON; BOYD, 2010). Quando o estigma é internalizado, a pessoa passa a naturalizar o estigma: “Eu não tenho uma estética aceitável, então, tenho que ficar em casa”; “Eu não posso ir em uma festa, porque, toda vez, serei alvo de comentários”. Podemos, também, subentender que esses processos de estigmatização são reforçados por marcadores sociais de classe, raça, gênero e território geopolítico, cujas opressões atingem a pessoa “[...] de modo combinado, coexistindo e reforçando-se mutuamente na produção das desigualdades sociais.” (MELLO; GONÇALVES, 2012).

O convívio social era um, agora é outro... Mudou o seguinte: eu não sinto mais aquele prazer de estar no meio do convívio, antigamente eu tinha, eu ficava no meio do pessoal, agora não... Pode ver... Estou andando sozinho. (Colaborador 10).

[...] não queria que ninguém me visse, porque eu me olhava e me achava feia... Aquilo me incomodava muito, principalmente a perna, porque demorou e eu tive que fazer enxerto e mesmo com o enxerto ela ficou bem marcada e eu não gostava que ninguém me visse e aí eu tinha vergonha de mim mesma... Comecei a ficar apática, entrar em depressão... Demorou muito para eu me acostumar e tratar aquilo com naturalidade... (Colaboradora 4).

Quando eu cheguei na minha cidade, que tinha um parente da minha avó, de outra cidade, lá em casa, e a menininha perguntou se eu era uma velhinha, porque tinha chegado toda enfaixada, toda de branco e toda retraída, né?... e aquilo me abateu muito. Eu entrei para dentro do quarto e comecei a chorar, foi a única vez que isso me abateu, assim, que foi a primeira e a última que eu deixei, porque o que acontece é que você vai aprendendo a se defender, das pessoas e das situações. (Colaboradora 3).

As diferenças corporais que uma pessoa com sequelas de queimaduras exhibe nem sempre têm um caráter negativo. Foi relatado por alguns entrevistados, por exemplo, que comumente crianças demonstraram grande admiração pelas formas e texturas da pele modificada pela queimadura. Algumas pessoas com sequelas de queimaduras se sentiam desconfortáveis com esse interesse das crianças, outras tinham grande apreço diante dessas situações:

Eu acho engraçado que as crianças, não é uma e nem duas não, todas as crianças que chegam perto de mim... [...] Eu acho que a criança tem curiosidade, porque eles vêm e põem a mão no meu braço e fica passando a mão aqui no meu braço. [...] A maioria das crianças quer pôr a mão, quer ver como é que é, eu acho muito engraçado isso... Eu falo assim: “Essa tia aqui tem doce, hein?” (Colaboradora 11).

Com base no depoimento do Colaborador 6, observamos que a sua relação com os outros trabalhadores da empresa onde prestava serviços e com a comunidade em que vivia teve contornos positivos, após o evento da queimadura. Este relatou que, ao caminhar pela empresa, muitos colegas o cumprimentavam e faziam questão de tocá-lo. Por ter sobrevivido a uma condição extrema, passou a ser admirado, e suas marcas cicatriciais se tornaram símbolos de força e superação.

As pessoas entrevistadas apresentaram grande preocupação, quanto ao retorno ao trabalho, após a sua recuperação, também comentaram sobre as dificuldades encontradas para se inserirem no mercado de trabalho, por conta das cicatrizes visíveis. Algumas citaram situações em que sofreram assédio moral:

Vergonha, né? O pessoal comenta: “Onde é que você se queimou? O que é isso aí... é queimadura?” Eu trabalhei na firma, vou até mostrar para você aqui... a última firma que eu trabalhei... sabe qual foi o apelido que colocaram em mim lá? [...] Colocaram meu apelido de Mão pelada! Me chamavam de Mão pelada lá na firma, ninguém me chamava pelo nome mais... (Colaborador 10).

O apelido meu lá era Mão pelada: se coloca no meu lugar, para você ver... Não iria se sentir incomodado? Quando eles falavam isso, e já olhava para a mão – nossa, Deus! – o negócio ficou feio! (Colaborador 10).

O que eu ainda tenho receio é o mercado de trabalho, porque, quando eu voltei, eu senti o preconceito de uma pessoa. Eu voltei depois de dois anos de acidentada [...] Ela falou que talvez aquele local não fosse mais apropriado para mim. Por conta da queimadura, né?... mas ela não colocou a queimadura como questão. Ela falou assim: “As pessoas têm que ir bem arrumadas, e de repente você iria se sentir mais à vontade na fábrica, que lá o pessoal não se arruma bem...” tipo isso e lógico que foi relacionado à queimadura, né? Eu me arrumava da mesma maneira! (Colaboradora 2).

Como podemos notar, a queimadura pode mudar drasticamente a vida das pessoas. Não se trata de um problema cuja solução se encontra apenas no tratamento

das feridas ou mesmo das sequelas adquiridas. Ao pensarmos nas sequelas de queimaduras, também devemos considerar as suas implicações sociais e como isso reverbera na saúde do sujeito.

5.2.5. Saúde e o adoecimento na experiência da queimadura

Tomando-se por base a Medicina clínica, a queimadura seria uma patologia enquanto a pessoa tem ferimentos abertos, sob o risco de morte ou de complicações fisiopatológicas. Nesse sentido, o tratamento consistiria na busca do restabelecimento do funcionamento “normal” do organismo, ou seja, de um retorno ao estado anterior de saúde da pessoa. Contudo, em decorrência da intensidade da agressão de alguns tipos de queimadura, durante a cicatrização das feridas, a pessoa poderá apresentar sequelas. Dentre elas, podemos citar a perda total do membro, a perda funcional da movimentação do membro, a perda temporária da movimentação do membro e abruptas alterações estéticas. Essas sequelas podem se apresentar como problemas temporários ou definitivos na vida dos sujeitos e os distanciam da condição corporal “normal” determinada pelos saberes biomédicos. As sequelas da queimadura, nesses casos, poderiam ser concebidas como uma disfunção anatomopatológica, em que o corpo com sequelas apresentaria um “déficit” com relação a um “corpo saudável”, portanto, sua condição seria patológica.

A Atenção em Saúde à pessoa com sequelas de queimaduras parece ainda estar fortemente arraigada a esse modelo de cuidado, no qual a disfunção orgânica e a lesão visível são a base do diagnóstico e tratamento. No máximo, o que se encontra são cirurgias reparadoras, nos casos de sequelas graves que comprometem a estrutura e as funções corporais:

[...] o paciente, depois que ele tem todas as feridas cicatrizadas, o SUS não quer mais arcar com aquele paciente, porque o queimado, não sei se você sabe, ele é um dos pacientes mais caros que têm, porque ele é um tratamento assim, constante, que há sempre alguma coisa para fazer e depois que chega nessa fase de cicatriz, o SUS não quer mais arcar com isso, né?... porque o SUS, ele só arca no período agudo, enquanto está com a ferida. (Colaboradora 3).

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, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, entre outras. As pessoas tiveram significativas dificuldades em acessar ou não receberam

nenhuma oferta dos serviços que compõem o cuidado integral da pessoa com sequelas de queimaduras.

Uma das entrevistadas, em período posterior à entrevista, colocou a seguinte questão: *Por que alguns conseguem, e outros não, se recuperar das queimaduras?* Ela não estava se referindo ao fechamento das feridas, mas ao movimento particular de cada um em dar continuidade ou não, de forma saudável, à sua vida, diante das complexas condições impostas pelas sequelas das queimaduras. O conceito de normatividade preconizado por Canguilhem (1943/2015) trata da capacidade do sujeito em usufruir e instituir normas no interior das suas experiências de vida, mesmo em face de limitações funcionais e sociais decorrentes do problema de saúde.

A discussão exposta por Canguilhem (2015) levanta questões muito pertinentes, que nos serviram de subsídio para pensarmos em diversos pontos suscitados pela problemática das queimaduras. A primeira delas consiste em considerar que o patológico não existe em si e só pode ser avaliado em uma relação. Dessa maneira, o patológico não está assentado em uma determinada condição corporal que a pessoa exibe, mas em como essa condição corporal (diferença) a impacta negativamente (anormalidade), no meio em que vive. O cuidado em saúde com pessoas que possuem sequelas de queimaduras não estaria em patologizar a condição física que apresentam ou em reduzir a experiência de doença a um mero objeto de intervenção, porém, em buscar compreendê-las a partir de seus “modos de andar a vida” (AYRES, 2007), naquilo que mais desejam como saúde para si mesmas.

O Cuidado, orientado por essa perspectiva, não consiste na busca do estado ou condições anteriores à doença, muito menos em uma adaptação do sujeito diante de seus impasses subjetivos e limitações físicas. O Cuidado em Saúde teria em vista a interpretação em conjunto desses problemas, o acolhimento do sofrimento do sujeito, e se tornaria mais um dos instrumentos de expansão da capacidade normativa do sujeito, o que se aproxima de uma atenção em saúde que visa à superação e/ou à recuperação de processos de adoecimento (AYRES, 2007).

No decorrer da pesquisa, recebemos um texto escrito por Silmara Andrade e Avelar.¹⁶ Ela sofreu queimaduras quando tinha 22 dois anos de idade, em 1987. O

¹⁶ Silmara Andrade e Avelar acompanhou o presente trabalho desde o início e manteve contato com o pesquisador, ao longo de todo o processo. Ela se denomina uma “grande queimada” (termo médico para designar pessoas que sofreram queimaduras muito graves) e, desde o final dos anos 1980, militava politicamente em prol dos direitos das pessoas com sequelas de queimaduras.

texto aborda os desafios que são colocados às pessoas que passam pela experiência da queimadura e sobre a implicação de serem os maiores protagonistas, em seus processos de produção de saúde.

Que tenhamos consciência que o tratamento para as sequelas em nossos corpos vai além do bisturi, roupas compressoras, a aceitação da diferença pelo entorno, medicamentos e terapias diversas.

Estejamos atentos ao que vem em nosso encontro para sanarmos a imensa gama de desafios. Sim! Seremos agentes não tão somente do receber, mas saber receber e transformar em muito mais em prol da saúde integral. Por mais que somemos pontos comuns de dor, superação, inclusão, subvivência [sic], sobrevivência... A lista seguiria infinita. Somos cada um; um universo. O saber-se merecedor e sabedoria em melhor viver. A luta muitas das vezes é ser o próprio curador.

Eu, você, seremos nossos melhores dos melhores cirurgiões.

Nós mesmos!

Com direito a recaídas, depois contemplações, descanso e de novo o sem limite.

Autodescobrimento.

O “Agora” é contigo mesmo!!!

É imponderável, inerente seguir a vida...

Ser FELIZ!

(Silmara Andrade e Avelar/1989 – Mulher, mãe, avó, poeta e grande queimada).

A ampliação das redes de cuidado faz com que essas pessoas aumentem as possibilidades do exercício de suas normatividades. Isso é essencial para qualquer pessoa que vivencia o adoecimento: receber apoio nas questões que apresenta, ser acolhida e desenvolver perspectivas de melhora com relação à sua saúde.

Uma das formas encontradas pelas pessoas com sequelas de queimaduras para lidar com as questões que vivenciavam foi a estruturação de redes de solidariedade entre si. Essas redes cresceram e se fortaleceram, especialmente pela facilidade de comunicação mediante a utilização das redes virtuais. Os grupos eram compostos sobretudo por mulheres, as quais trocavam informações entre si, compartilhavam suas histórias e esclareciam dúvidas quanto aos tratamentos direcionados às sequelas. Essas redes de solidariedade entre as pessoas pareciam favorecer o fortalecimento e o resgate da autoestima das pessoas com sequelas de queimaduras, fazendo com que tivessem mais forças para enfrentar a discriminação que sofriam, no contexto social.

Parte dos entrevistados revelou grande interesse ou já estava envolvido com projetos sociais e de saúde. Talvez esse fato tenha sido uma coincidência, contudo, parcela significativa dos entrevistados atuava ou desejava atuar com pessoas que passavam por algum tipo de sofrimento. Sobre aqueles que já estavam implicados em

algum projeto ou atuando profissionalmente, no campo da saúde, parecia que a ação de cuidar do outro lhes fazia muito sentido, de sorte que a atuação no campo da saúde era ao mesmo tempo um resgate da saúde de si mesmos. Parte dos entrevistados apontou significativas transformações subjetivas, após o evento da queimadura, que os fizeram despertar para questões antes não pensadas.

A saúde, para essas pessoas, parecia consistir na capacidade de usufruir e criar condições de vida, mesmo diante das difíceis condições impostas pelas queimaduras, em suas vidas.

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

peessoas, 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 pseudomonas 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'ASSUMPÇÃO, 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 contratura 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.

APÊNDICES

APÊNDICE I

APÊNDICE I: COLETA DE DADOS

Codínome: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
Gênero: _____
Etnia: branco () negro () indígena () pardo () amarelo ()
Procedência: _____

Anos de escolaridade: _____
Pessoas que moram na casa, convivência com pessoas significativas:

Profissão: _____
Situação atual de trabalho: _____
Acompanhamento de saúde: _____

Descrição do evento que culminou na queimadura

Agente etiológico:
Álcool ()
Fogo direto ()
Escaldadura ()
Explosão de gás de cozinha ()
Eletricidade ()
Outros: _____

Locais atingidos pela queimadura:

Data do evento que ocorreu a queimadura: ____/____/_____
Data da Internação: ____/____/_____
Período de internação: _____

Evento que culminou na queimadura e os respectivos desdobramentos

- Episódio em que ocorreu a queimadura
- A percepção sobre o processo de internação hospitalar
- As primeiras impressões sobre as sequelas decorrentes da queimadura

A vida após a queimadura

- O processo de reabilitação
- Dificuldades decorrentes das sequelas de queimadura
- A convivência com a família
- Mudanças no convívio social após as sequelas de queimadura

Utilização e acesso a serviços de saúde

- Necessidade e demandas de saúde após período de internação hospitalar
- Importância de acompanhamento psicológico após período de internação hospitalar
- Percepções sobre a oferta de serviços públicos de saúde voltados às pessoas com sequelas de queimadura

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A experiência da queimadura: implicações subjetivas e socioculturais”, sob a responsabilidade do pesquisador Abílio Rezende Macedo, RG nº 47857147-1, com a orientação do Prof. Dr. José Sterza Justo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com o pesquisador no telefone (18) 98194-0940 ou e-mail: abilio_rm@hotmail.com ou no endereço: Av. Dom Antonio, 2100. Parque Universitário - 19806-900 - Assis, SP.

A pesquisa tem por objetivo compreender como a pessoa com sequelas de queimaduras percebe e atribui significados à experiência sofrida, e quais necessidades e demandas apresentam com relação à assistência em saúde após a alta hospitalar.

Participando do estudo você está sendo convidado(a) a participar de uma entrevista em um local que assegure um ambiente tranquilo, confortável e livre de interrupções. A entrevista terá duração de cerca de uma hora e meia, será utilizado um gravador de áudio para garantir a recuperação das informações e para que estas possam ser analisadas posteriormente. O material será armazenado, sob responsabilidade e sigilo do pesquisador.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Possíveis riscos ou desconfortos serão evitados, mas caso aconteçam o pesquisador ajudará no que for necessário. Você não terá benefícios financeiros e também não haverá nenhum custo financeiro ao participar da pesquisa. Durante os procedimentos de pesquisa mencionados acima você poderá sentir-se desconfortável quando forem abordadas questões relacionadas ao evento que culminou na queimadura e temas associados. Caso você sinta um desconforto emocional de maior proporção, os procedimentos serão interrompidos imediatamente e será prestada a assistência necessária, uma vez que contamos com o suporte oferecido pela Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá.

Os resultados da pesquisa poderão contribuir com o avanço na compreensão dos aspectos subjetivos que envolvem a experiência da queimadura, colaborando, conseqüentemente, com o

desenvolvimento de competências dos profissionais para a assistência às pessoas que passaram pela experiência da queimadura e possuem sequelas. Informamos que o resultado final da pesquisa poderá ser publicado em revistas científicas, colaborando, assim, na construção do conhecimento, na melhoria e na viabilização de atendimentos/tratamentos/atuação desta natureza.

Agradecemos sua colaboração!

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como participante, da pesquisa “A experiência da queimadura: implicações subjetivas e socioculturais”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador Abílio Rezende Macedo sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das informações pessoais e do anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Eu, Abílio Rezende Macedo, pesquisador responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito ou representante legal para a participação na pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO I.



Guaratinguetá, 17 de Agosto de 2016.

Prezado Senhor,

Encaminho, em anexo, para apreciação de Vossa Senhoria, o projeto intitulado "A experiência da queimadura: implicações subjetivas e socioculturais" a ser desenvolvido com a colaboração da Unidade de Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, pelo psicólogo Abílio Rezende Macedo, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Faculdade de Ciências e Letras - Câmpus Assis. Solicitamos a autorização de V.S.^a para a realização da pesquisa na Unidade de Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, permitindo o contato e convite dos pacientes que frequentam o Ambulatório para a realização de entrevistas. O objetivo dessa pesquisa é compreender como a pessoa com sequelas de queimaduras percebe e atribui significados à experiência sofrida, e quais necessidades e demandas apresentam com relação à assistência em saúde após a alta hospitalar. As etapas de coleta de dados, serão iniciadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unesp/FCL.

Esclarecemos que todas as informações prestadas pelos participantes são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa e publicações científicas. Os nomes dos pacientes serão mantidos no maior e absoluto sigilo. Esclarecemos também que esse projeto não acarretará qualquer custo ou alteração nas rotinas da Unidade.

Pedimos, também, a permissão para buscar no livro de registros da Unidade de Queimaduras dados complementares sobre os participantes da pesquisa.

Certos de contarmos com seu apoio, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Sterza Justo
Orientador da pesquisa
Professor Credenciado ao Programa de Pós-graduação em
Psicologia da UNESP-Câmpus Assis


Abílio Rezende Macedo
Pesquisador
RG:47.857.147-1

Doutor Marcelo Gonçalves Malta
Chefe da Divisão Médica de Cirurgia Plástica e
Reparadora da Unidade de Queimados da Santa
Casa de Misericórdia de Guaratinguetá.
Rua Rangel Pestana, 194 - Centro, Guaratinguetá - SP

De acordo:


Marcelo G. Malta
Cirurgião Plástico
CRM: 84321

Av. Dom Antonio, 2100 - CEP 19806-900 - Assis - SP - Brasil
Tel 18 3302 5800 - Fax 18 3302 5804 - <http://www.assis.unesp.br>

ANEXO II.



Guaratinguetá, 17 de Agosto de 2016.

Prezada Senhora,

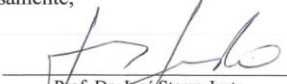
Encaminho, em anexo, para apreciação de Vossa Senhoria, o projeto intitulado "A experiência da queimadura: implicações subjetivas e socioculturais" a ser desenvolvido com a colaboração da Unidade de Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, pelo psicólogo Abílio Rezende Macedo, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Faculdade de Ciências e Letras - Câmpus Assis. Solicitamos a autorização de V.S.ª para a realização da pesquisa na Unidade de Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá, permitindo o contato e convite dos pacientes que frequentam o Ambulatório para a realização de entrevistas. O objetivo dessa pesquisa é compreender como a pessoa com sequelas de queimaduras percebe e atribui significados à experiência sofrida, e quais necessidades e demandas apresentam com relação à assistência em saúde após a alta hospitalar. As etapas de coleta de dados, serão iniciadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unesp/FCL.

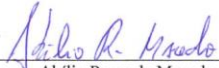
Esclarecemos que todas as informações prestadas pelos participantes são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa e publicações científicas. Os nomes dos pacientes serão mantidos no maior e absoluto sigilo. Esclarecemos também que esse projeto não acarretará qualquer custo ou alteração nas rotinas da Unidade.

Pedimos, também, a permissão para buscar no livro de registros da Unidade de Queimaduras dados complementares sobre os participantes da pesquisa.

Certos de contarmos com seu apoio, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. José Sterza Justo
 Orientador da pesquisa
 Professor Credenciado ao Programa de Pós-graduação em
 Psicologia da UNESP-Campus Assis


 Abílio Rezende Macedo
 Pesquisador
 RG:47.857.147-1

Enfermeira Dulcinéia de Fátima Abreu
 Gerente de enfermagem da Santa Casa
 de Misericórdia de Guaratinguetá
 Rua Rangel Pestana, 194 - Centro, Guaratinguetá - SP


 Dulcinéia de F. Abreu
 COREN-SP 67.953
 Gerente de Enfermagem

De acordo: _____