



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**BEATRIZ AUSTREGÉSILO GUEDES ALCOFORADO**

**ISSO QUE QUEIMA E DURA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA DA  
EXPERIÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO**

**FORTALEZA/CEARÁ  
2022**

**BEATRIZ AUSTREGÉSILO GUEDES ALCOFORADO**

**ISSO QUE QUEIMA E DURA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA DA  
EXPERIÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Ms. Darla Moreira Carneiro Leite.

**FORTALEZA/CEARÁ**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Centro Universitário Christus - Unichristus  
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do  
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A354i Alcoforado, Beatriz Austregésilo Guedes.  
Isso que queima e dura : Uma leitura psicanalítica da  
experiência de hospitalização do paciente queimado / Beatriz  
Austregésilo Guedes Alcoforado. - 2022.  
38 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro  
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Psicologia,  
Fortaleza, 2022.

Orientação: Profa. Ma. Darla Moreira Carneiro Leite .

1. Psicologia hospitalar. 2. Queimadura. 3. Psicanálise. I. Título.

CDD 150

BEATRIZ AUSTREGÉSILO GUEDES ALCOFORADO

ISSO QUE QUEIMA E DURA: UMA LEITURA PSICANALÍTICA DA  
EXPERIÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Curso de Psicologia do  
Centro Universitário Christus, como  
requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Ms. Darla Moreira  
Carneiro Leite.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Ms. Darla Moreira Carneiro Leite

---

Prof. Ms. Sâmara Gurgel Aguiar

---

Prof. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda

## RESUMO

A queimadura é uma lesão que decorre de fontes como energia térmica, química ou elétrica, capazes de efetuar calor excessivo que danifica os tecidos corporais, resultando em morte celular. A hospitalização pode ser indutor de sofrimento psíquico devido a condição de vulnerabilidade do corpo e a insegurança quanto aos prognósticos. Esta pesquisa teve como objetivo analisar de forma exploratória a experiência de hospitalização de pacientes queimados a partir de suas narrativas fundamentadas na perspectiva psicanalítica, a partir da definição do processo de hospitalização para o paciente queimado e caracterização dos sujeitos acometidos por queimaduras. Foram realizadas 5 entrevistas com pacientes hospitalizados em um centro de tratamento de queimados em um hospital de urgência e emergência da Rede Municipal de Saúde de Fortaleza, referência no Norte e Nordeste em trauma de alta complexidade, tendo os dados submetidos à análise temática, identificadas e analisadas a partir da perspectiva psicanalítica. Foi observado os aspectos contraditórios e a repetição presentes nas falas dos participantes, sendo referenciado a partir do que Freud traz sobre a “negação” e o “lembrar, repetir e perlaborar”, sobre a sensação do “estar preso” e do tempo que foi interceptado devido a hospitalização por queimadura, referenciado a partir do tempo lógico, urgência subjetiva e o instante catastrófico, a demanda de processo de luto, corporal e estilo de vida, que uma vivência de queimadura ocasiona, a vivência de desamparo devido às impossibilidades vividas no ambiente hospitalar, a presença do outro como possibilidade de auxílio no processo de recuperação e por fim, a religião e sua função de acolher o sujeito desamparado e desprotegido.

**Palavras-chaves:** Psicologia hospitalar; Queimadura; Psicanálise.

## ABSTRACT

A burn is an injury that results from sources such as thermal, chemical, or electrical energy, capable of effecting excessive heat that damages body tissues, resulting in cell death. Hospitalization can induce psychological suffering due to the vulnerable condition of the body and the insecurity about the prognosis. This research aimed at an exploratory analysis of the hospitalization experience of burn patients from their narratives based on the psychoanalytic perspective, from the definition of the hospitalization process for the burn patient and characterization of the subjects affected by burns. Five interviews were conducted with patients hospitalized in a burn treatment center in a hospital of urgency and emergency of the Municipal Health Network of Fortaleza, reference in the North and Northeast in trauma of high complexity, having the data subjected to thematic analysis, identified and analyzed from the psychoanalytic perspective. The contradictory aspects and the repetition present in the speeches of the participants were observed, being referenced from what Freud brings about the "denial" and the "remember, repeat and elaborate", about the feeling of "being trapped" and the time that was intercepted due to hospitalization for burns, referenced from the logical time, subjective urgency and the catastrophic instant, the demand of the bereavement process, body and life style, which a burn experience causes, the experience of helplessness due to the impossibilities experienced in the hospital environment, the presence of the other as a possibility of help in the recovery process and finally, religion and its function of sheltering the helpless and unprotected subject.

**Keywords:** Hospital Psychology; Burn; Psychoanalysis.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>5 MÉTODO</b>	<b>11</b>
<b>5.1 Delineamento do estudo</b>	<b>11</b>
<b>5.2 Local da pesquisa</b>	<b>12</b>
<b>5.3 Participantes, critérios de inclusão e exclusão</b>	<b>13</b>
<b>5.4 Instrumento de coleta de dados</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>18</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como temática a experiência de hospitalização de pacientes por queimadura em um hospital de urgência e emergência da Rede Municipal de Saúde de Fortaleza, referência no Norte e Nordeste em trauma de alta complexidade. O interesse para realização desta pesquisa se revelou a partir da escuta das experiências de pacientes hospitalizados que demandam suporte psicológico para narrarem alguns dos seus conflitos.

A entrada no campo da psicologia hospitalar e no trabalho psicanalítico em instituições de saúde ocorreu, primeiramente, por meio do estágio básico, em que foi realizado por seis meses atendimentos à beira do leito a pacientes com doenças pulmonares e cardíacas. Após o término do estágio, houve o ingresso em um projeto de extensão no mesmo hospital, cujo objetivo era capacitar estudantes de psicologia para uma atuação que atendesse à realidade e às demandas encontradas no ambiente hospitalar, em que a escuta seria fundamentada pela psicanálise.

A partir deste momento, ampliei os meus conhecimentos em psicologia hospitalar e construí o caminho de estudo que permitiu me deparar com a realidade complexa da hospitalização do paciente queimado. Foi despertado em mim o desejo de compreender a percepção destes sujeitos que passam pelo processo de hospitalização por conta de uma queimadura, pois ocorrem implicações físicas, sociais, econômicas e culturais devido às lesões em seus corpos (NATIONS et al., 2016).

A queimadura é uma lesão que decorre de fontes como energia térmica, química ou elétrica, capazes de efetuar calor excessivo que danifica os tecidos corporais, resultando em morte celular (BRASIL, 2012). É possível o estabelecimento de lesões complexas, pois existem danos para além dos tecidos, como prejuízo na manutenção normal de fluídos e eletrólitos, o equilíbrio térmico, função articular, habilidade manual e aparência física (MEDEIROS et al., 2010). As lesões podem ser classificadas em: primeiro grau, aquela que atinge a camada externa da pele e não provoca alterações clínicas significativas; segundo grau, a que agride tanto a epiderme quanto parte da derme; e a de terceiro grau, que incide a totalidade das camadas da pele e, em muitos casos, outros tecidos (FERREIRA; LUÍS, 2002).



No que concerne aos aspectos biomédicos, a seriedade de uma queimadura é determinada por alguns aspectos: agente causador, profundidade, a extensão da superfície do corpo queimado, local da lesão, idade, doenças preexistentes e lesões associadas. O tratamento e as necessidades na hospitalização dependem destes aspectos, o que torna cada processo único sendo necessária uma análise individual (LEÃO et al., 2011). Para essa avaliação, é preciso ter um ambiente aquecido, com a pele descoberta e examinada em parte, com objetivo de minimizar a perda de líquidos por evaporação (VALE, 2005). Nesse sentido, a conduta da equipe de saúde ocorre de acordo com o protocolo estabelecido pela unidade (GONÇALVES et al., 2012).

As queimaduras são resultado de múltiplos fatores, como aspectos socioeconômicas, violência, desigualdade de gênero e condições de trabalho (LEITE, 2014), podendo, muitas vezes, esconder diversos determinantes, não sendo possível ser vista exclusivamente como fortuita, casual ou acidental. Assim, é necessária uma abordagem terapêutica abrangente, incluindo indivíduo, família e relações sociais (FERREIRA; LUÍS, 2002).

Para compreensão quantitativa desta realidade, os dados epidemiológicos nacionais sobre os acidentes que ocasionam queimaduras são escassos e desatualizados. Segundo o Ministério da Saúde, quase metade dos casos notificados envolve crianças, e entre os adultos, as pessoas do sexo masculino possuem maioria, sendo frequente o acidente em ambiente laboral, e os acidentes com mulheres envolvem atividades domésticas e tentativas de suicídio (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que o processo de hospitalização pode ser indutor de sofrimento psíquico devido a condição de vulnerabilidade do corpo e a insegurança quanto aos prognósticos. Contudo, é importante acentuar que estes efeitos se manifestam de forma singular, ou seja, cada paciente reage e vivencia o seu processo de forma particularizada.

Considerando que o desejo de cada um perfaz a singularidade do sujeito, isso nos leva a associar que por sua vez os efeitos de uma hospitalização é uma experiência singular por tocar no que concerne o desejo constitutivo de cada paciente (LEITE; MIRANDA, 2022, p. 56)

Diante disso, não temos a intenção de criar um saber universal sobre a experiência de hospitalização, pois a psicanálise não se ocupa de uma perspectiva do que seria um saber para todos e de uma orientação absoluta, mas de uma aposta no trabalho subjetivo singular. Portanto, com esta pesquisa nos propomos a contribuir com conhecimentos para campo da saúde na linha de cuidado ao paciente queimado e para a clínica psicanalítica em extensão, ou seja, quando nos voltamos para o uso da psicanálise em outros espaços que não seja o tradicional (ROSA, 2004).

A pergunta de partida do estudo aqui proposto é: de que forma os pacientes queimados experienciam no processo de hospitalização? Atendendo ao que Moretto (2019) diz ser o trabalho do analista, somos profissionais da experiência, e que o processo de adoecimento enquanto fato é um “acontecimento”, mas que buscamos a experiência, a compreendendo como o enfoque subjetivo do fato. Sendo o analista alguém qualificado para testemunhar aquela narrativa, para que haja uma passagem do acontecimento à experiência, portanto, buscamos através da escuta dessas narrativas o que há de subjetivo nesse acontecimento, o que há para além do que está posto (MORETTO, 2019).

Os resultados foram discorridos em cinco temáticas que sobressaíram nas narrativas dos cinco pacientes escutados. A escolha por elas se deu a partir de uma repetição no discurso dos pacientes e por temáticas que estariam atravessadas diretamente com a vivência de experiência, de acordo com o que foi tratado no parágrafo anterior, do processo de hospitalização por queimadura.

Esperávamos que os pacientes ao serem questionados sobre sua experiência de hospitalização falariam sobre relatos concretos de dores e sofrimento, uma experiência voltada para o teor mais “físico” e para os procedimentos realizados na unidade, mas na verdade foram escutadas experiências psíquicas, e não de ordem do acontecimento, e da realidade psíquica desses sujeitos, em que Freud (1900/2019) cita: “Vendo os desejos inconscientes reduzidos à sua expressão última de mais verdadeira, pode-se dizer que a *realidade psíquica* é uma forma de existência pessoal, que não deve ser confundida com a realidade material”.

Esta pesquisa justifica-se, pois, diante da escassez de estudos sobre o paciente queimado e, de forma mais específica, os aspectos subjetivos de sua experiência de hospitalização e tratamento. Os seus resultados podem colaborar

para práticas de equipes multidisciplinares presentes nas instituições, auxiliando no manejo do paciente queimado, gerando conjuntamente, benefícios para estes pacientes. No que tange à justificativa social, discussões e estudos sobre pacientes queimados podem assessorar a elaboração de políticas públicas como as voltadas para a prevenção desta emergência hospitalar, tratamento e reabilitação de queimaduras, além de fomentar novas pesquisas.

As considerações psicanalíticas sobre o paciente queimado podem contribuir para a clínica psicanalítica nas instituições de saúde e auxiliar a criação de dispositivos clínicos que se voltem para esta demanda clínica com enfoque em seus aspectos subjetivos.

Mediante a questão investigativa, esta pesquisa teve como objetivo analisar a experiência de hospitalização de pacientes queimados a partir de suas narrativas fundamentadas na perspectiva psicanalítica, a partir da definição do processo de hospitalização para o paciente queimado e caracterização dos sujeitos acometidos por queimaduras.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamento do estudo**

Este estudo é de natureza qualitativa, pois busca uma significação dada pelo sujeito, ou seja, uma análise subjetiva de suas experiências. Não buscamos medir, mas apresentar dados de forma descritiva e explicativa, não numérica (CANZONIERI, 2011).

Realizamos um estudo de campo, de cunho exploratório. Segundo Gil (2002), a pesquisa de campo é realizada por meio da observação direta do grupo estudado e entrevistas para captação de explicações e interpretações das vivências, em busca do aprofundamento das questões que se deseja explorar. A pesquisa exploratória permite considerar aspectos variados do fenômeno e proporciona maior familiaridade com ele, pois o torna mais explícito.

No que se refere ao método de análise dos dados, eles foram submetidos à análise temática, identificadas e analisadas a partir da perspectiva psicanalítica. No que concerne à análise baseada na perspectiva psicanalítica, a entrevista foi interpretada partindo do que Figueiredo e Minerbo (2006) comentam, ou seja, seguindo os preceitos da clínica psicanalítica: um recorte do texto sobrepondo

temáticas, expressões, palavras, que sirva como subsídio para desconstrução da entrevista transcrita, reconstruindo um texto que permita o pesquisador criar uma verdade sobre o texto.

## **2.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Centro de Tratamento de Queimados – CTQ de um Hospital de Alta Complexidade em Urgência e Emergência da Rede Municipal de Saúde de Fortaleza, o Instituto Dr. José Frota – IJF. O CTQ é referência nacional no tratamento para queimaduras, sendo realizados procedimentos de média e alta complexidade, com capacidade para 32 leitos. É formado por uma equipe multidisciplinar, com enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, psicólogos, entre outros.

## **2.3 Participantes, critérios de inclusão e exclusão**

Os participantes desta pesquisa foram 5 pacientes hospitalizados no CTQ por queimadura com idades entre 41 a 75 anos. Critérios de inclusão: pacientes, sem distinção de gênero, com idade entre 18 anos e 60 anos, cuja internação tenha um período mínimo de 10 a 15 dias. Critérios de exclusão: pacientes que apresentem dificuldade cognitivas na fala e compreensão, impossibilitando a realização da entrevista. O recrutamento dos participantes ocorreu por indicação a ser feita pela enfermeira responsável pelo setor, a partir dos critérios de inclusão.

## **2.4 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento deste estudo foi a entrevista clínica semiestruturada, definida por Ferreira (2018) nestes termos:

O ponto de partida será dado pelo pesquisador, mas importa nesse dispositivo considerar também a regra fundamental da psicanálise: a associação livre. Assim, não raro, a questão norteadora da entrevista vem embrulhada numa riqueza enorme de temas e situações. A associação livre é, portanto, aqui também, o que faz o enlace entre psicanálise em extensão – a aplicação da psicanálise – e a psicanálise em intensão – a prática clínica. (p.139)

Na entrevista, foram abordados estes tópicos: O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) serviu como norteador para captarmos a compreensão dos participantes acerca da temática do estudo e será composto pelas seguintes perguntas:

- Como está sendo para você essa experiência nesses dias em que você está internado(a)?
- Qual ou quais experiências marcaram você durante o processo de tratamento para queimadura?
- O que você espera ao final dessa internação?
- O que se espera para o futuro?

## **2.5 Etapas para coleta de dados**

Primeiramente foi realizado o convite para participação da pesquisa, com a exposição de seus objetivos, riscos e procedimentos éticos. No que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, foi assinado após leitura, compreensão e consentimento da participação do paciente na pesquisa (ANEXO A).

Em seguida, foram abordadas as perguntas norteadoras, cujo áudio da entrevista foi gravado para posterior transcrição, mas somente nesta pesquisa e, após transcrito, foi destruído, assim como todo e qualquer tipo de mídia, restando nada que venha comprometer o anonimato do participante.

Por último, após a transcrição, foi realizada a categorização, de acordo com a discussão temática a partir da perspectiva psicanalítica.

## **2.6 Procedimentos éticos**

Os pacientes foram comunicados sobre os aspectos éticos da pesquisa e de que serão assegurados quanto ao bem-estar e dignidade, o sigilo e o anonimato, a partir do aceite do TCLE. Ressalta-se que foram seguidas as recomendações dispostas nas Resoluções 466 (BRASIL, 2012) e 510 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde, garantindo, portanto, informações sobre a pesquisa, garantia da confidencialidade das informações pessoais, isenção de custos e o direito de desistência a qualquer momento.

A autorização para realização da pesquisa acarretou a assinatura da Carta de Anuência (ANEXO B) dos setores: Centro de Tratamento de Queimados e Chefia do Serviço de Psicologia, e autorização da comissão do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto José Frota.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os procedimentos adotados estão de acordo com o que foi descrito na seção de métodos, a partir disso, diante da análise temática das entrevistas foram pensadas em cinco temáticas que sobressaíram nas narrativas diante da escuta das pesquisadoras. A escolha por elas se deu a partir de uma repetição no discurso dos pacientes e por temáticas que estariam atravessadas diretamente com a vivência do processo de hospitalização por queimadura.

#### **3.1 A NEGAÇÃO**

Ao analisar os ditos dos pacientes, percebemos em suas narrativas posicionamentos contraditórios, e como a psicanálise trabalha com os não ditos e com o que escapa o campo do consciente, buscamos por essa via as possíveis ligações para essas contradições (SILVA, 2013).

O paciente 4 em sua livre associação durante a realização da entrevista decide pegar seu celular e me mostrar fotos do período inicial da sua internação, há um ano e um mês atrás daquele dia, em que o mesmo estava na UTI, em um estado crítico e que ninguém acreditava que o mesmo “escaparia”, significante usado pelo mesmo. Ao ser questionado como era olhar essas fotos, ele responde: “Eu não gosto muito de olhar não, sabe? Porque quando eu olho me dá uma tristeza muito grande”. Ainda sim, ele me mostra as fotos, pelo seu próprio desejo.

A paciente 2, com seis meses de internação, comenta que não quer nem olhar para trás quando obter a alta: “Eu não quero nem lembrar do que eu passei, cada dor, cada banho, cada sofrimento, não quero, eu ainda tô nessa luta aí”. Essa entrevista, em específico, foi a mais rica em detalhes e de picos de emoção da paciente, mesmo ela afirmando antes que desse assunto não gostaria de tocar, então passava a contar detalhes desde antes do acidente até o dia da entrevista.

A paciente 5, internada há um mês, foi vítima de um acidente doméstico com fogo e álcool, e ao ser perguntada sobre os aspectos que a marcaram, ela comenta “Agora eu fiquei com negócio de medo de fogo” e que o médico a proibiu de chegar perto de fogo por um período de 6 meses. Mas ao comentar sobre o que espera do futuro: “Eu espero ficar boa, né? Pra eu fazer minhas coisas que eu fazia, que é bom. Arrumar a casa, fazer almoço, dar de comer os bichos, as galinhas. Mas se Deus quiser vai dar certo eu chegar lá. Eu não vou poder andar no sol e chegar perto do fogo”. Percebe-se que mesmo relatando o medo do fogo ao fazer projeções para o futuro ela quer retornar a atividades que envolvem fogo como cozinhar.

Freud (1925/2016) em “A negação” nos traz que na interpretação do discurso é preciso preterir a negação e buscar o conteúdo “legítimo” da conceituação do sujeito, sendo uma forma de ter acesso ao conteúdo recalcado. Há uma divisão do processo intelectual e afetivo, sendo, portanto, negar algo de forma racional é expressar um conteúdo que eu iria preferir recalcar afetivamente, então eu recuso.

A queimadura pode ter formas devastadoras, repentinas e imprevisíveis de traumas, com efeitos físicos e psicológicos decorrentes das mudanças de pele e sequelas. Na pesquisa de Locar et al. (2006), mostrou-se um número significativo de pacientes com lesões de queimaduras que apresentaram sintomas ansiosos e depressivos.

Diante disso, pode ser identificado através das falas dos pacientes que o processo de recuperação demanda do sujeito um trabalho de subjetivação do acontecimento, transformando em uma experiência simbólica (MORETTO, 2019). Esse trabalho subjetivo não se faz de qualquer jeito e ocorre através de uma sequência árdua, dolorosa e longa. E à vista disso, existe um conteúdo que preferencialmente poderia ser recalcado, pois afeta aquilo que eu tenho de equilíbrio e que gera desprazer (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Ainda que haja uma recusa diante daquele conteúdo, os pacientes retomam “sem querer” e de forma repetida, ou seja, retratam algo não em forma de lembrança, mas de ato, o conteúdo que deseja ser recusado e que urge a ser mencionado para aquele que vem possibilitar uma escuta, nos faz retomar “Lembrar, repetir e perlaborar” de Freud (FREUD, 1914/2017). Dessa forma, há uma repetição, que é uma forma de lembrar movido por uma resistência, e que o

sujeito tem possibilidade de perlaborar a partir do trabalho de escuta (FREUD, 1914/2017).

O psicanalista que realiza sua *práxis* em uma unidade de queimados irá trabalhar com aquilo que é excluído da ordem médica, ou seja, aquilo que se apresenta muitas vezes como um sofrimento psíquico (MORETTO, 2008). É por meio da escuta do que se apresenta como subjetividade, do que há de mais singular nos encontros do sujeito e seus efeitos com o real da angústia nas urgências manifestadas no corpo (AZEVEDO, 2020), que o sujeito poderá se reposicionar em relação à sua doença e, no caso desta pesquisa, com a sua queimadura (SIMONETTI, 2018).

Foi percebido que havia uma dificuldade em falar sobre o sofrimento físico, psíquico e a dor vivida na experiência da hospitalização, mas que ainda foi possível apreendê-lo a partir das narrativas. Em decorrência disso, os aspectos do sofrimento que cada um vivenciou não surgirá a partir de um discurso cristalino, assim como a paciente 2 comentou: “A senhora não quer nem olhar pra trás? Não (se emociona e dá uma pausa breve), eu não quero nem lembrar do que eu passei”, são vivências que por escolha de alguns, racionalmente, poderiam ser esquecidas.

Diante de uma fala que não é direta, pensar que a fala desse paciente não é uma escolha de esquecimento, mas um não saber lidar com a demanda que a experiência de hospitalização gerou. Isso nos leva a pensar na importância de uma escuta diferenciada para todos os profissionais da saúde.

### **3. 2 AS VICISSITUDES DO VIVER PRESO**

A vivência do hospital como prisão foi um significante que retornou diante das entrevistas e, dessa forma, buscamos como a teoria do tempo lógico e ideia de suspensão do tempo poderia nos auxiliar a compreender essa narrativa. Não temos o intuito de buscar algo universal, como já mencionado, pois mesmo que todos esses pacientes queimados estão em uma mesma unidade a experiência é singular para cada um.

O paciente 4 teve a experiência de sair do hospital após um ano e um mês, mas precisou voltar para realização de um procedimento, durante esse retorno a entrevista foi realizada e, portanto, foi possível escutar a experiência de saída e de volta a esse ambiente hospitalar. Ao ser questionado como foi sair ele comenta:



“Parece que criei asas para voar, parece que tava era preso. É muito ruim você não poder sair, é muito ruim não poder sair, você tá no hospital é a mesma coisa que você estar preso, não pode sair. A diferença é que, o outro eu nunca fui e nem quero ir (risos), mas tenho certeza que lá dentro deve ser muito ruim, né? E aqui você tá se tratando, se cuidando”.

Ele realiza uma comparação entre a prisão e o hospital dizendo que a diferença entre os dois é que no hospital há um objetivo diferente que é o cuidado, mas a sensação de estar preso deve ser parecida. Ele ainda traz aspectos de porque estar fora do hospital é melhor: “Mas ficar fora do hospital é melhor, eu vi que é melhor você tando fora. Eu acho melhor assim porque você tem mais espaço pra ta andando, mais liberdade pra ta andando, mesmo dentro de casa, que não pode sair no sol, pegar sol, mas dentro de casa, né? Eu nem sentia dor, ficava dolorido não. Só de manhã, quando acordava de manhã, que ficar deitado a noite aí ficava dolorido, mas o resto normal”

A paciente 2 relata como se sente durante os 6 meses que estava internada, fala sobre se sentir sozinha: “porque a solidão que a gente sente aqui dentro é muito grande [...] Depois que cheguei aqui eu não vi mais meu filho, meu cachorro morreu de tristeza, meu filho eu só vejo através da tela do celular, assim ele não ta sofrendo, ele diz assim “Mãe, a senhora tá bem?” ”. Acompanhando esse relato a paciente 2 ainda acrescenta a vontade de ajudar cada pessoa que chega na enfermaria. A intenção de ajudar o outro é uma referência que é compartilhada por quase todos, ao serem questionados sobre o que marcou nesse período de internação há sempre referência aos vínculos criados com outros pacientes que dividem a enfermaria.

A paciente 3 ao ser perguntada sobre como é estar longe de casa respondeu: “É ruim, né? Que a gente tem a casa da gente, não é bom, não. Tem o esposo da gente, tem os bichos, que eu crio galinha, essas coisa assim. Ai né, não é bom não, mas tem que aceitar, ficar aqui até dar certo.” Um tempo depois questiono qual deve ser a diferença entre estar lá no hospital e estar em casa, ela comenta: “Tando em casa é melhor, né? Porque a gente não ta fazendo as coisas, mas ta vendo o pessoal fazendo, me movimento e aqui no hospital é só no soro direto, no remédio.”. Ela traz um elemento interessante de que mesmo que não se possa fazer nada em casa, há possibilidade de ver outras pessoas fazendo, vivendo.

Devido ao tempo cronológico necessário para recuperação, variando de caso a caso, há uma solicitação de um período prolongado de hospitalização e até mesmo de retornos para realização de procedimentos ou troca de curativos. O paciente 4 traz: “Você passar 1 ano, o tempo que eu passei no hospital é uma vida, viu? Você passa uma semana você já, né? E mais de um ano, né? É complicado, viu? É complicado”. O paciente queimado permanece períodos significativos dentro do ambiente hospitalar, gerando uma “suspensão de tempo” da vida vivida fora daquele ambiente e dentro dele, enquanto a vida lá fora continua sem ele, existe outra vida em que está parada aqui no hospital.

Le Poulichet fala sobre o “instante catastrófico” em que há uma união não bem vinda, poderíamos relacionar o momento da queimadura, e que ocasiona uma fissura no tempo, relacionado com a chegada ao hospital, deglutindo o passado e o futuro, colocando o sujeito em um instante sem recuo e o retira de um quadro que promovia uma cadeia significativa (apud AZEVEDO, 2019).

Tecendo com o tempo lógico de lacan, o instante de ver, como aquele que desencadeante de angústia, que aflige o sujeito e o deixa sem possibilidade, e o momento de concluir no ambiente hospitalar andam lado a lado, ou seja, não havendo o momento para que se instaure tempo de compreender, momento em que o paciente possa surgir com um nova cadeia significativa, que possa falar sobre o presente (AZEVEDO, 2019).

Estar fora do hospital mesmo que incapacitado de realizar as atividades desejáveis ainda é melhor, pois há uma vida que pode ser acessada, vista e escutada por eles, diminuindo a sensação de paralisação que a hospitalização por queimadura proporciona.

Portanto, eles trouxeram que há uma paralisação da vida deles, mas que uma vida está ocorrendo lá fora, como se a deles a partir do momento que eles se internaram tivesse sido interrompida e eles estão a espera de que ela volte, ficando entre um passado e um futuro. Dessa forma, existe um vazio, que foi um furo a partir da invasão ao real, que está querendo ser obstruído, mas para que isso ocorra é preciso estabelecer o tempo de compreender (LEITE; TEIXEIRA, 2022).

Além disso, como foi citado, os pacientes trouxeram que os vínculos criados entre os colegas de enfermagem e o desejo de ajudar quando um novo paciente chega ao setor. Isso nos remete ao terceiro tipo de identificação que Freud nos traz em “Psicologia das massas e análise do Eu” (1921/2020), há uma identificação de

poder e querer se colocar no lugar desse sujeito que chega, pois eles sabem das dificuldades iniciais do tratamento.

No que tange ao processo de hospitalização e recuperação do paciente queimado, Willebrand et al. (2002) comentam que “os sobreviventes de queimaduras severas passam por um caminho físico desafiador para recuperação, como dor, sensibilidade na pele, diversas cirurgias e em determinados casos incapacidades físicas permanentes” (tradução nossa). O processo de ferimento por queimadura é, portanto, uma consecutiva exposição ao estresse, tornando possível, inclusive, o aparecimento de morbidades psicológicas (MEDEIROS et al., 2012).

Em decorrência destes aspectos, diversos procedimentos médicos se tornam difíceis e de árdua aceitação. Ademais, os pacientes acabam por desconhecer a função dos procedimentos que são específicos e diferenciados, e passam a viver uma sequência diária de experiências dolorosas (MARTINS et al., 2013). Em relação ao sofrimento vivido por estes pacientes durante o período de recuperação, Rossi et al. (2002) dissertam: “independentemente do uso da medicação, durante a realização dos procedimentos as manifestações de dor envolvem desde o silêncio até gritos, choro e súplicas para que o sofrimento seja extinguido” (p. 21).

Diante disso, partindo do que Freud (FREUD, 1921/2020) contribui sobre identificação, há um processo de identificação que surge a partir da minha experiência de hospitalização que permite colocar-se no mesmo lugar que o outro está e que um dia eu já estive, ou até mesmo de querer me colocar no lugar do outro, pois eu desejei que tivesse ocorrido o mesmo com a minha experiência.

Portanto, esse processo de identificação e formação de vínculos pode ser um auxílio na vivência do “estar preso”, eu crio laços e construo narrativas nesse ambiente para que a passagem da recuperação seja, ainda que minimamente, menos solitária e que continue mesmo no ambiente hospitalar me historicizando, ou seja, me colocando no presente.

À face do exposto, o sentimento de estar longe de tudo aquilo que me constitui e das perdas que são vivenciadas dentro do período de hospitalização demanda um processo de luto, temática que será tratada no próximo tópico.

## **2. 3 O PROCESSO DE LUTO**

Durante a recuperação há um processo de reconhecimento de um “novo corpo”, coisas feitas cotidianamente necessitam de auxílio ou, ainda, não podem, ou nem poderão, ser realizadas, sendo demandado uma nova forma de se colocar no mundo, utilizando o que um participante trouxe em suas falas, que se sentia semelhante a um recém nascido que estava experimentando algo pela primeira vez e precisa aprender, com auxílio, como passar de um estágio para outro: “Aprender a andar de novo, que nem recém nascido. Eu tive que aprender a andar de novo, igual uma criança, né? Porque eu não andava. Tive que aprender a andar de novo, não conseguia ficar em pé...”.

Ressalta-se que em nenhuma das entrevistas foi comentado sobre aspectos estéticos do corpo atravessado pela queimadura, mas sim dos aspectos funcionais e dos aprendizados demandados por esse novo corpo. Há uma hipótese nossa de que talvez o aspecto estético surja de forma mais abrupta em um momento pós hospitalização, já que na internação, diante de todos os aspectos comentados, é solicitado desse sujeito a sobrevivência antes do componente estético, sendo essa uma possível temática para futuras pesquisas.

A compreensão de corpo para psicanálise diverge da compreensão biomédica de um corpo orgânico, sendo o corpo efeito de uma construção iniciada desde o nascimento, quando o bebê ainda é, como disse Lacan, um pedaço de carne, não se constituindo ainda como sujeito, e que é obrigado a partir da linguagem a se relacionar com um outro sujeito (referenciar lacan). Portanto, é um corpo da linguagem e que vai se erotizando e servindo de palco para os investimentos pulsionais (SBARDELOTTO, 2016).

Esse corpo pulsional e historicizado é atravessado por mudanças abruptas devido a queimadura, como resultado das entrevistas observou-se um processo inicial de não reconhecimento desse novo objeto corporal, no processo de hospitalização. Uma paciente comenta “Eu olho pro meu corpo e eu sinto dó porque eu tinha perna, tinha isso, tinha aquilo e hoje eu não tenho mais.”, solicitando desse sujeito um atravessamento do luto pelo antigo corpo e reconhecimento desse novo que o demanda tanto.

O paciente, durante a hospitalização, vivencia uma fase difícil, pois estará exposto a diversos estressores físicos, como acidose, perda de fluídos, alterações no equilíbrio endócrino, potencial para infecção, dor, e circunstâncias psicológicas,

como a separação da família, afastamento do trabalho, alterações corporais, despersonalização, dependência de cuidados, perda de autonomia e tensão frequente (CARLUCCI et al., 2007).

Freud (1917/2016), em luto e melancolia, disserta sobre o luto, acentuando a sua categoria não patológica e sim um processo de perda de um objeto amado que havia ligação e investimento libidinal, e o trabalho do luto, deverá ocorrer de forma que o paciente retire a libido desse objeto amado. Esse desinvestimento, explica Freud (1917) é realizado aos poucos e com um grande consumo de tempo e de energia catexial, sendo um processo executado de forma dolorosa. Ao final, o que se espera desse trabalho psíquico é que o ego do paciente possa realizar novos investimentos. No caso dos pacientes queimados, que eles possam investir em um nova pele, um novo corpo agora marcando por novas experiências e para alguns um novo estilo de vida se tiver ocorrido sequelas graves decorrentes da queimadura.

Diante dos diversos procedimentos necessários durante a hospitalização há a vivência de perda de um objeto, não nos referimos necessariamente a uma amputação ou perda de alguém, mas sim do seu corpo mesmo que seja uma mudança de pele em sua cor e textura. Esse objeto antes já tinha uma representação, mas a partir da experiência de perda desse objeto, no nosso caso pela queimadura, esse antes objeto amado, o corpo, no campo do real deve sofrer mudanças na representação mental podendo vir a ser superinvestida novamente pelo eu, e que é marcada segundo Násio (2008) por resíduos de investimento do passado. Dessa forma, a dissolução da libido nesse objeto que é representado apenas após a experiência de perda pode ser possivelmente um processo longo e doloroso de trabalho de luto.

Como exemplo, apenas um dos participantes conseguiu realizar a assinatura do TCLE e os outros realizaram a impressão datiloscópica devido às dificuldades físicas ocasionadas pela queimadura, sendo mais confortável a escolha pela impressão datiloscópica, demonstrando que mesmo atos “simples” não são tão possíveis de serem realizados rapidamente.

Diante disso, os pacientes comentam sobre o processo de “moedinhas”, significante usado pela paciente 2 para retratar o caminho até o momento de alta: “Aí acontece uma coisa, acontece outra, você pega uma bactéria, tudo desanda (fala barganhada), aí você começa do zero, como eu tive que fazer agora, peguei

uma bactéria, perdi tudo, comecei de novo, comecei de novo, minha proteínas caíram, me deu anemia, ai tenho que correr atrás de tudo isso porque só falta um braço (esquerdo)”, você ganha moedas e pode perder outras logo em seguida, sendo um processo lento de recuperação. Possibilitando tempo para reconhecimento desse novo corpo e das suas novas (im)possibilidades.

Tecendo os efeitos destas alterações corporais, podemos ir ao que Freud (1923/2011) já afirmava: “o Eu é sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície” (p. 32). Sobre este trecho, Joan Rivière, autorizado por Freud, comenta:

Ou seja, o Eu deriva, em última instância, das sensações corporais, principalmente daquelas oriundas da superfície do corpo. Pode ser visto, assim, como uma projeção mental da superfície do corpo, além de representar, como vimos acima, as superfícies do aparelho psíquico. (FREUD, [1923] 2011, p. 32)

Junto à evolução das intervenções para pacientes queimados graves, novas adversidades se manifestam, como a preocupação com a qualidade de vida, pois ainda que a queimadura não acarrete a morte do paciente, há implicações estético-funcionais e danos da função motora, incapacitando-o para o trabalho e intervindo nas relações sociais e familiares, sendo muito dos acometidos adultos jovens economicamente ativos (TEXEIRA; LEITE, 2022).

Diante disso, os pacientes 1 e 4 narram experiências do seu estilo de vida que estão paralisadas pelo processo de recuperação. O primeiro comenta: “Eu acho bom tá caminhando e agora eu nem caminhei com a perna doente, fui duas vezes no banheiro e voltei. Quando eu não tava com essa perna aqui, eu me levantava quatro horas e fazia caminhada, quando eu to em Campos Sales eu caminho direto, de manhã, de tarde”. O segundo traz: “Só fui tentar dirigir e não consegui (risos). Consegui, mas pouco tempo porque tava todo duro, entrevado...”.

Portanto, foi percebido que há também um processo de luto pelo o estilo de vida que havia antes da queimadura, um trabalho que foi paralisado, uma atividade que já não pode ser realizada, um estilo de vida que já não é mais possível e que demanda uma retificação do modo de se colocar no mundo já no momento de hospitalização.

## **2. 4 O DESAMPARO E A PRESENÇA DO OUTRO**

Durante a realização das entrevistas foi percebido, mas também narrado, que todos os participantes apresentaram algum desconforto físico durante algum movimento, fosse mais “simples” ou que demandava mais esforço. Além disso, a necessidade de ter algum auxílio mecânico, dos que tinham acompanhantes, eram solicitados os mesmos, mas aqueles que não tinham solicitavam ajuda dos acompanhantes de outros quartos e/ou da equipe.

Como desenvolvido na categoria anterior, o paciente 4 faz alusão ao processo de recuperação com a vida de um recém nascido, aquele que nada sabe, que é o desamparado e que precisa de um outro para se constituir como sujeito. O acompanhante e a equipe surgem como esse outro que auxilia nesse processo de reconstituição do sujeito.

La planche e Pontails, falam sobre um “estado de desamparo” referindo-se ao recém nascido que é inapto a realizar atos específicos, os deixando dependentes da mãe que se torna onipotente. Por sua vez, Freud (1926/2014) traz a noção de desamparo ligada a maturação biológica:

O biológico é a longa fase de desamparo e dependência do bebê humano. A existência intrauterina do ser humano mostra-se relativamente breve, comparada à da maioria dos animais; ele é trazido ao mundo menos ‘pronto’ do que eles [...] os perigos do mundo externo têm sua importância elevada, e o valor do único objeto capaz de proteger contra esses perigos e tomar o lugar da vida intrauterina é bastante aumentado. Portanto, o fator biológico dá origem às primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que jamais abandona o ser humano (FREUD, [1926] 2014, p. 101)

Diante disso, os pacientes relatam necessitar de ajuda mecânica para realizar tarefas diárias, mas não conseguem trazer à tona um significante para contornar tal sensação, mas descrevem como é estar em uma posição enquanto adulto que precisa constantemente de outro para satisfazer suas necessidades básicas, como o paciente. O paciente 1 traz: “Porque a questão de abrir a porta, banheiro, tem que pedir ajuda e os pessoal muito bom que essa mulher mesmo me ajuda (aponta para enfermeira que passa nesse momento) aí foi dando certo” e o paciente 2 relata: “Minha irmã que me levava pro banheiro na cadeira de rodas, do começo ao fim. Mas tem com uns 2 meses pra cá que comecei a andar, me movimentar”.

Isto pode ser refletido no medo que alguns pacientes relatam de temerem não sobreviver ao tratamento logo processo inicial deste (CARLUCCI et al., 2007), pois a queimadura é um acometimento já reconhecido pela literatura de extrema agressão à pele, sendo muitas vezes dimensionado como um trauma profundo na vida dos sujeitos. Para a psicanálise poderíamos dizer que a queimadura é o encontro do Real remetendo muitas vezes o sujeito a uma experiência de desamparo em que não se encontra recursos simbólicos, palavras que possam da borda a essa experiência (MARSON, 2021).

Retornando a comparação com bebê, Anzieu (1989), ao falar sobre as terapêuticas necessárias ao processo de cuidado ao paciente queimado, expõe que há um retorno do doente à nudez desprovida de proteção do recém-nascido, à exposição das agressividades do mundo afora e à violência esporádica do adulto, e que isso é árduo de sustentar. Por sua vez, Nasio (2008), amparado pela fundamentação freudiana, afirma que neste contexto não existem afetos novos, sendo eles sempre fruto de uma repetição; cada um vivencia a dor de maneira individual, pois ela traz um esboço daquilo que se carrega do passado de outras experiências dolorosas.

Diante disso, foi possível perceber que os exemplos de dores físicas durante a recuperação trazidas por cada um se comunicava com algum aspecto de sua história, o paciente 1 que teve como área doadora para realização do enxerto uma região da perna reclamava da dificuldade de caminhar, pois caminhar era algo que ele realizava diariamente em casa, mas também no hospital. A paciente 5 comenta sobre o processo doloroso de conseguir voltar a comer sozinha a partir da prática na fisioterapia e no seu discurso aponta o ato de comer e se manter alimentada como algo de extrema importância, diante do contexto social vivido pela mesma.

Além disso, alguns participantes trouxeram a importância da criação de vínculos com outros pacientes, acompanhantes da enfermagem e profissionais da equipe. A paciente 2 comenta: “Ele (médico responsável) tem me ajudado muito, não só ele como todos me ajudam, tem umas enfermeiras, umas senhoras, que tem dias que to meio assim e elas já percebem “Ei, o que que tu tem? Bora”, a senhorazinha que vem aqui deixar o mingau”.

Para aqueles que não tinham acompanhante disponível o dia inteiro, outros acompanhantes se disponibilizavam para ajudar, sendo criado um vínculo afetivo, ainda sobre o relato da paciente 2, a mesma traz: “Ai a menina, filha dessa



senhorinha aqui (aponta para o leito que está na frente), chegou em junho e desde então meu marido ficou com ela, se ela pedir uma água a gente dá.”

Segundo Leite (2014), a queimadura é considerada uma lesão de alto grau de morbidade e mortalidade em que se reconhece as repercussões presentes para os âmbitos sociais e econômicos, configurando-se um grande problema de saúde pública que gera uma atenção especial dos órgãos governamentais. Devido o reconhecimento da existência do trauma psíquico decorrente da experiência da queimadura e da complexidade que é o seu tratamento, estes pacientes necessitam de uma equipe multidisciplinar. De acordo com Macedo (2018):

As sequelas de acidentes térmicos acarretam sérios problemas relacionados a preconceitos, estigmatização e discriminações, produzindo sofrimentos psíquicos tão ou mais intensos, complexos e desafiadores do que as dores e lesões que acometem o corpo físico. (p. 13)

Existem “efeitos” dos procedimentos realizados que “toca” esses sujeitos, surgindo algo do indizível da dor, eu consigo contar que foi doloroso, mas não muito mais que isso. Existe uma situação de sofrimento incomum, que nunca foi reproduzido através das palavras e a partir do excesso pulsional que reflete em seu corpo, não há significantes para delimitar o Real (MORETTO, 2019).

Uma das pacientes diz: ““Deus, não deixa quem tá aí fora vir pra cá, livra!” porque a solidão que a gente sente aqui dentro é muito grande”. Retratamos até agora um desamparo físico, mas parece que há um simbólico que também está desamparado. O bebê além de um amparo às suas necessidades físicas necessita de algo para além do mero ato, há necessidade de um “a-mais”, uma ligação pulsional (TEPERMAN; GARRAFA; IACONELLI, 2020).

Ao serem perguntados sobre o que marcou nesse processo de hospitalização os pacientes comentam sobre as amizades feitas, o paciente 4 relata: “Só as amizades mesmo que fiz aqui com os meninos, muito boa, amizade mesmo! Tenho tudo isso aqui com as pessoas da minha família, me trataram bem, todo mundo, respeito todos eles, me respeitaram, sempre me dei bem com eles todos”. A paciente 2 discorre: “Foram feitas amizades, laços que nunca serão desfeitos, mas em questão do sofrimento, das queimaduras, cada enxerto, cada cirurgia, cada reação de anestesia que eu passei, não quero lembrar”.

Para finalizar essa seção, apontamos o recurso religioso com aquele que mais foi referido pelos pacientes para poder lidar não apenas com o desamparo advindo pela experiência da hospitalização por queimadura, mas por todo o processo de tratamento. Vejamos a seguir algumas reflexões sobre essa questão.

## 2. 5 A FÉ COMO SAÍDA

Nas cinco entrevistas realizadas, todos citaram expressões de cunho religioso, apenas um discorreu de forma mais detalhada a sua relação com a fé e religiosidade, mas todos trouxeram, em alguma medida, relação com uma força superior, todos citaram Deus como uma fonte de proteção, segurança e apoio. Diante de outras experiências com sujeitos acometidos por outros adoecimentos é possível perceber também esse movimento de busca por algo que é superior, inclusive acima dos médicos, não sendo, portanto, algo “exclusivo” da vivência da hospitalização da queimadura, mas foi uma temática atravessada por todos os discursos. Dessa forma, nos perguntamos porque o recurso religioso é buscado diante dessa vivência de sofrimento?

Só pedindo pra Deus pra melhorar e atendimento muito bom e graças a deus melhorei.
Deus, não deixa quem tá aí fora vir pra cá, livra!
Se Deus quiser, vou voltar pra minha cidadezinha, voltar pra minha veinha que ela já tem 73 anos.
Peço pra Deus me ajudar, já vão me dar alta sábado.
Se Deus quiser vai dar certo, logo logo vou pra casa.

O paciente 4, que relata de forma mais detalhada a sua relação com a fé, ao ser questionado sobre o que mudou do período que ele chegou no hospital para o dia da entrevista, um total de 420 dias, comenta a necessidade de seguir uma religião e faz uma comparação da sua vida antes do acontecimento, em que não existia tempo para colocar em prática a religião, pois não era prioridade, mas que após a vivência do processo de adoecimento, visto como um livramento, o mesmo buscou fortalecer a religiosidade.

Dessa forma, ele traz: “Você aprende mais, pensa mais em Deus, você procura uma religião pra você ir. Eu nunca fui de bagunçar não, mas você só pensa

em trabalho, trabalho e não tinha tempo pra ir pra nenhum canto, procurar uma igreja, nem ouvir uma oração, eu parava pra ouvir, né? E eu vejo que a gente precisa de Deus. Eu passei dois meses entubado, essas queimaduras aqui eu tive e não ter atingido nenhum órgão meu, foi um livramento que eu tive, né”.

Freud (1927/2020) faz uma construção sobre o desamparo vivido pela criança, mas que se prolonga no sujeito adulto e o aparecimento da religião como motivação para lidar com aquilo que é desconhecido, assim como o lugar do pai, da força e do que se confia a sua proteção, Deus é visto como pai, o pai que me protege daquilo que sou impotente em controlar, sendo uma forma de defesa daquilo que me desampara.

Maciel e Rocha (2008), a partir de uma leitura freudiana, fazem associação entre as neuroses e as vivências religiosas, que por um lado há uma associação direta da neurose com a religião e por outro lado a religião pode vir a “evitar” um processo neurótico. Ou seja, um sujeito que se encontra em uma estrutura psíquica fragilizada pode encontrar no campo religioso um local oportuno para desenvolvimento da sua neurose ou psicose, mas que há também a possibilidade de ser encontrado a partir da religião um egresso emocional para seus enfrentamentos.

Percebe-se que diante de uma situação de desamparo, trabalhado em outra categoria, os pacientes podem buscar o recurso da fé como estratégia de enfrentamento, algo dentro do campo imaginário que sustente o imprevisível, o indizível e o insuportável, colocando Deus como aquele que tudo pode diante da insuficiência do homem. Deus posto nessa dimensão imaginária que mantém a esperança do paciente, pode ser a busca de alguém que é mais poderoso, inclusive até mesmo mais que os médicos.

O uso de um apelo religioso, não é novidade entre os psicólogos hospitalares, pois é considerado uma referência já reconhecida durante os atendimentos. compreende-se que nesse momento o paciente se refere a um pai, alguém que o protege, que o ampara psiquicamente, uma vez que o Real do adoecimento não deixa brecha para o paciente ter que lidar que não seja com o seu mal-estar proveniente do adoecimento.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É chegado o momento de concluir, e para isso vamos pontuar a trajetória teórica percorrida neste estudo que teve como objetivo analisar a experiência de hospitalização de pacientes queimados a partir de suas narrativas fundamentadas na perspectiva psicanalítica. Dessa forma, a partir da compreensão das implicações subjetivas desse processo é possível oferecer subsídios aos profissionais da área da saúde que realizam cuidados específicos a pacientes queimados.

Com base neste estudo observamos que os pacientes ao serem questionados sobre sua experiência de hospitalização falaram sobre suas experiências psíquicas, processos de luto, construção de vínculos com outros pacientes e familiares e experiência de ser cuidado por uma equipe. Houve também narrativas relacionadas a experiência de desamparo e a vivência da fé/religiosidade como forma de lidar com o desamparo.

É importante dimensionar que o foco das falas não foi direcionado para uma experiência voltada ao teor “físico” e procedimentos decorrentes do tratamento de queimados, e sim eles estão livres para expor as questões subjetivas relacionadas às experiências singulares de sua hospitalização.

Há a fantasia de que o paciente irá falar da sua realidade concreta a partir de falas sobre seu corpo no parâmetro estético, discorrer sobre os detalhes dolorosos dos procedimentos de banhos anestésicos, trocas de curativos, cirurgia de enxerto e sobre o medo da morte, e não uma fala voltada para realidade psíquica desses pacientes.

Estes aspectos nos mostram que o paciente queimado ainda que esteja em um corpo que sofre diversas agressões físicas desde o momento da queimadura até o momento da alta médica demanda uma escuta diferenciada não voltada, como muitos podem pensar, para questões direcionadas para o corpo e tratamentos dolorosos presentes na recuperação.

Mesmo não sendo esses aspectos o que direcionava as falas dos pacientes, eles foram tocados de alguma forma durante as entrevistas, mas de uma forma velada. Foi percebido que os discursos se tornaram, em alguns momentos, até contraditórios assim como trazido mais especificamente na temática “A negação”, ou seja, esses sujeitos falaram desses aspectos através dos seus não-ditos, cabendo àquele que está ali para realizar uma escuta perceber.

Decorrente desse processo de um indizível das partes dolorosas da experiência, foi percebido que esses pacientes acabam por percorrer um caminho

de ficarem presos entre o passado e futuro, sem que possam trazer pro simbólico esse momento presente, seja por se sentirem presos no ambiente hospitalar e/ou por terem a sensação de que a vida “lá fora” continua e eles permanecem “parados”.

Dessa forma, é preciso que seja propiciado, enquanto manejo clínico pelo profissional da escuta, um momento de historicização desse sujeito, que ele seja resgatado pela sua história, incluindo a experiência de hospitalização na mesma.

Além disso, o processo de luto por esse corpo que já não funciona como anteriormente é preciso que seja trabalhado durante esse período de hospitalização, pois percebe-se que os mesmos estão no andamento de reconhecimento de novo corpo, de reaprender alguns movimentos, de ser impedido de realizar atividades antes comuns e desejadas e até mesmo de novo um estilo de vida. Dessa forma, o trabalho de luto no acompanhamento desses sujeitos se torna de extrema importância, já que foi uma temática que surgiu diante da escuta da experiência dos mesmos.

Outrossim, o “estado de desamparo” foi visto compartilhado enquanto vivência da hospitalização, sujeitos que podem vir a se sentir como recém nascidos e que, conseqüentemente, de tudo demanda de um outro. Há também, e conseqüentemente, a necessidade de uma vinculação afetiva para que o sujeito, minimamente, se sinta menos desamparado e crie daquele ambiente também parte da sua história.

Por fim, além das construções de vínculos, a religião também surgiu como uma forma de lidar com esse desamparo vivenciado pela hospitalização por queimadura, sendo trazida por todos os participantes, mesmo que indiretamente, como estratégia para lidar com o sofrimento. Sendo necessária a compreensão do papel da religião para o sujeito hospitalizado que pode procurá-la como forma de amparo e para lidar com seus enfrentamentos.

Esse estudo trouxe contribuições para uma visão além da experiência concreta do paciente queimado, trazendo reflexões sobre os discursos dos participantes que trazem seus relatos a partir de uma experiência psíquica e com aspectos singulares. Além disso, traz colaborações para manejo clínico de pacientes queimados. Por se tratar de um assunto amplo e com muitos fatores envolvidos foi inviável que todos os aspectos fossem abordados com muita profundidade.

Cabe salientar a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a imagem corporal do sujeito queimado após hospitalização, pois hipotetizamos que talvez o aspecto estético surja de forma mais abrupta nesse momento, além de estudos sobre os atravessamos dos acompanhantes/familiares de pacientes queimados, considerando que os mesmos são demandados de forma demasiada.

## REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Artesã, 2017.
- ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- AZEVEDO, E. **Da Pressa à Urgência do Sujeito: Psicanálise e Urgência Subjetiva no Hospital Geral**. Curitiba: Editora Appris, 2020.
- BRASIL. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf). Acessado em: 15 abril 2022.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581). Acesso em: 15 abril 2022.
- CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.
- CARLUCCI, V. D. S. et al. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 21-28, 2007.
- DUNKER, C. I. L. **Afeto, emoção e sentimento na psicanálise | Christian Dunker | Falando nisso 146**. Youtube, 20 de setembro de 2017. Disponível em: <[https://youtu.be/LNjcXFKGW\\_c](https://youtu.be/LNjcXFKGW_c) > Acesso em: 29 de abril de 2022.
- EIZIRIK, C. L. Psicanálise e pesquisa. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. 171-172, 2006.
- FERREIRA, T. Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavras – a aposta na intervenção subjetiva. In: Ferreira, Tânia; Vorcaro, Angela (Org.). **Pesquisa e psicanálise: do campo à prática**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.
- 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, p. 125-132, 2002.
- FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006.

FREUD, S. Luto e melancolia. In:\_\_\_\_\_. **Neurose, psicose e perversão**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. (Obra original publicada em 1915).

FREUD, S. A negação. In:\_\_\_\_\_. **Neurose, psicose e perversão**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. (Obra original publicada em 1925).

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In:\_\_\_\_\_. **O mal-estar na cultura e outros escritos de cultura, sociedade, religião**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. (Obra original publicada em 1927).

FREUD, S. Lembrar, repetir e perlaborar. In:\_\_\_\_\_. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. (Obra original publicada em 1914).

\_\_\_\_\_. **Obras Completas/volume 16: O Eu e o Id," Autobiografia" e outros textos**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2011 (Obra original publicada em 1923).

\_\_\_\_\_. **Obras Completas/volume 17: Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2014 (Obra original publicada em 1926).

\_\_\_\_\_. **Obras Completas/volume 4: A interpretação dos sonhos**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2019 (Obra original publicada em 1900).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, T. S. O. et al. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n. 1, p. 31-37, 2012.

Lacerda, L. A.; Carneiro, A. C.; Oliveira, A. F.; Gragnani, A.; Ferreira, L. M. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 3, p. 82-88, 2010.

LEÃO, C. E. G. et al. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, n. 4, p. 573-577, 2011.

LEITE, D. M. C.; MIRANDA, K. C. L. A presença do analista na instituição de saúde e a aposta de uma escuta possível. In: FERREIRA, E. M. (org.). **A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2022. p. 51-58.

LONČAR, Z.; BRAŠ, M.; MIČKOVIĆ, V. The relationships between burn pain, anxiety and depression. **Collegium antropologicum**, v. 30, n. 2, p. 319-325, 2006.

MACEDO, A. R. **A experiência da queimadura: implicações subjetivas e socioculturais**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Estadual Paulista, São Paulo, São Paulo, 2018.



MARSON, C. M. Trauma, dor e significado: estórias que marcam a pele. In: ARAÚJO, D. (org.). **Tópicos especiais em psicologia hospitalar**. Salvador: Editora Sanar, 2021. p. 59-72.

MARTINS, A. N. P. C. et al. Sentimentos e dúvidas do paciente queimado em uma unidade de referência em Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 12, n. 3, p. 159-164, 2013.

MEDEIROS, L. G. et al. Transtornos psiquiátricos em pacientes vítimas de queimaduras. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 2, p. 56-65, 2012.

MEDEIROS, L. G. et al. Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p. 148-158, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTES, S. F. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 369-373, 2011.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2008.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019.

NASIO, J.-D. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

NATIONS, C. N. A. et al. Tentativa de suicídio pós-queimadura: uma experiência humana inscrita na pele. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 1, p. 54-57, 2016.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Subjetividades**, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004.

ROSSI, Lídia Aparecida et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 18-26, 2002.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2018.

VALE, E. C. S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, p. 9-19, 2005.

WILLEBRAND, M. et al. Cognitive distortions in recovered burn patients: The emotional Stroop task and autobiographical memory test. **Burns**, v. 28, n. 5, p. 465-471, 2002.

SILVA, Denise Quaresma da. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. **Estudos de Psicanálise**, n. 39, p. 37-45, 2013.

São Paulo: Martins Fontes, 2001. ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. **Dicionário da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998

TEPERMAN, Daniela; GARRAFA, Thais; IACONELLI, Vera. **Laço**. Autêntica Editora, 2020

SBARDELOTTO, Luciane et al. **A Constituição do sujeito na psicanálise**. CEP, v. 85807, p. 860, 2016.

MACIEL, Karla Daniele de Sá Araújo; ROCHA, Zeferino de Jesus Barbosa. **Freud e a religião: possibilidades de novas leituras e construções teóricas**. Psicologia: ciência e profissão, v. 28, p. 742-753, 2008.

TEXEIRA, L. C.; LEITE, D. M. C. **Escuta psicanalítica de mulheres com queimadura autoinfligida: considerações a partir do Hospital Geral**. Curitiba: Editora Appris, 2022.

## ANEXOS

## **ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Grau de escolaridade
- 4) Endereço
- 5) Gênero; Estado Civil; Orientação Sexual
- 6) Como você se queimou?
- 7) Quantos dias você já tem de internação?
- 8) Como está sendo para você essa experiência nesses XX dias em que você está internado?
- 9) Qual ou quais experiências marcaram você durante o processo de tratamento para queimadura?
- 10) O que você espera ao final dessa internação?

## **ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Aquilo que queima e dura: uma leitura psicanalítica da experiência de hospitalização do paciente queimado

**PESQUISADORA (S) RESPONSÁVEL:** Beatriz Austregésilo Guedes Alcoforado e Darla Moreira Carneiro Leite

Prezado (a) Colaborador (a), você está sendo convidado a participar desta pesquisa que se propõe investigar de que forma os pacientes queimados atribuem sentido ao processo de hospitalização. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a experiência de hospitalização do paciente queimado a partir da perspectiva psicanalítica.

**1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Sua participação ocorrerá mediante sua livre aceitação após a leitura, compreensão, e aceitação deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os dados da pesquisa a qual você está convidado a participar, serão coletados mediante entrevista, incluindo levantamento de dados socioeconômicos (idade, sexo, escolaridade, profissão/ocupação, estado civil), além de quatro perguntas abertas para atingir nossos objetivos. A entrevista, que terá duração média de 30 minutos, será gravada em áudio, que após a transcrição será destruída. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo para você.

**2. RISCOS E DESCONFORTOS:** O procedimento utilizado, a entrevista semiestruturada gravada, poderá trazer algum desconforto como vontade de chorar e lembrar de acontecimentos desagradáveis. Caso os riscos ocorram a entrevista será interrompida e será realizado um acolhimento e escuta terapêutica. O retorno à entrevista apenas ocorrerá com o consentimento do participante. O tipo de procedimento apresenta um risco que será reduzido pelo trabalho psicoterápico realizado pelo pesquisador junto ao entrevistado no momento da entrevista caso haja necessidade.

**3. BENEFÍCIOS:** Como benefícios se apresenta contribuições teórico-práticas para o campo da Saúde auxiliando na linha de cuidado ao paciente queimado. Apresenta ainda contribuições direta aos participantes por ter um espaço de escuta onde é

possível falar de sua hospitalização e poder promover uma construção de narrativa sobre sua experiência, alcançando assim um certo alívio psicológico.

**4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA:** Se você precisar de algum tratamento por se sentir prejudicado pela pesquisa, você receberá assistência psicológica pelas pesquisadoras responsáveis durante todo o tempo em que você estiver internada no CTQ. Caso as pesquisadoras identifiquem que você precise de acompanhamento psíquico no pós-alta, você será encaminhado(a) neste momento da sua alta por Darla Moreira Carneiro Leite, orientadora da pesquisa, para o Instituto de Apoio aos Queimados ou outros serviços da rede de saúde mental que estiver disponível para a sua demanda.

**5. CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que o(a)Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais, ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das avaliações nem quando os resultados forem apresentados.

5.1. Destino do material gravado na coleta de dados: o material obtido por meio da gravação das entrevistas, como já dito, serão utilizados somente nesta pesquisa e, após transcritos, serão destruídos, assim como todo e qualquer tipo de mídia, restando nada que venha a comprometer o anonimato do participante.

**6. ESCLARECIMENTOS:** Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento as pesquisadoras responsáveis.

Nome da pesquisadora responsável: Beatriz Austregésilo Guedes Alcoforado

Telefone para contato: (85) 999424487

Nome da pesquisadora responsável: Darla Moreira Carneiro Leite

Telefone para contato: (85) 988614788

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota, localizado na Rua Barão do Rio Branco, n 1816, Centro, Fortaleza – CE 60.025-021, com número de telefone: 32555093.

**7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso o(a) Sr. (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

**8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se o(a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo. O sujeito de pesquisa ou seu

representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apontando sua assinatura na última página do referido Termo. O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – contendo sua assinatura na última página do referido Termo.

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou representante legal

\_\_\_\_\_  
Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador