UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FLÁVIA MESTRINER BOTELHO

CORPORALIDADE E ESTIGMA:
ESTUDO QUALITATIVO COM PACIENTES EM
REABILITAÇÃO DE QUEIMADURAS

Ribeirão Preto

2012

FLÁVIA MESTRINER BOTELHO

CORPORALIDADE E ESTIGMA:
ESTUDO QUALITATIVO COM PACIENTES EM
REABILITAÇÃO DE QUEIMADURAS

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Maria Cristina Silva Costa

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Botelho, Flávia Mestriner

Corporalidade e estigma: estudo qualitativo com pacientes em reabilitação de queimaduras. Ribeirão Preto, 2012.

96 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Costa, Maria Cristina Silva.

1. Corporalidade. 2. Estigma. 3. Reabilitação. 4. Queimadura.

BOTELHO, Flavia Mestriner

Corporalidade e estigma: estudo qualitativo com pacientes em reabilitação de queimaduras.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha mãe, Clélia, que sempre, com amor e dedicação, me apoiou e me deu o suporte necessário para que a realização desse projeto fosse possível.

À Profa. Dra. Maria Cristina Silva Costa, minha orientadora, que me deu a oportunidade de aprender um tema o qual me enriqueceu, além de tudo como ser humano, tendo muitas vezes colocado de lado suas preocupações pessoais para me auxiliar.

À amiga Angelina Lettiere, por ter me apresentado a Pós-graduação da EERP e pelos longos anos de amizade.

Às amigas Emanuella Barros, Flávia Rosa e Milena Cavelagna, presentes da Pós-Graduação e a quem devo meu obrigado pela ajuda e pelo ombro amigo.

Aos amigos que a vida me deu: Flavia, Giovana, Juliana, Larissa, Marcelo, Paulo, Vanessa, Max, Giovana, Arianne entre tantos outros que compreenderam os períodos de tensão e dividiram comigo as alegrias desse momento.

Às Profas. Dras. Lídia Rossi e Rosana Dantas pelo carinho e ajuda na Banca de Qualificação e em outros momentos.

A Capes pelo financiamento da pesquisa.

A equipe da Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto por ter me aberto às portas, me dado suporte para a realização e acima de tudo pelo respeito ao meu trabalho.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial aos da Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, pela ajuda e consideração.

*A tarefa não é ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que
ninguém ainda pensou, sobre aquilo que todo mundo vê.*

(Arthur Schopenhauer)

BOTELHO, Flavia Mestriner. **Corporalidade e estigma**: estudo qualitativo com pacientes em reabilitação de queimaduras. Ribeirão Preto, 2012.

Dissertação de Mestrado em Ciências, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Silva Costa

RESUMO

Este trabalho visou compreender a experiência da queimadura e a percepção de pacientes queimados sobre sua imagem corporal em relação aos padrões que regulam o ideal de corpo em nossa sociedade. Além disso, objetivou interpretar os significados atribuídos a um corpo que apresenta marcas de queimaduras. Recorreu à abordagem antropológica, à história de vida tópica e às técnicas de observação e entrevista. A pesquisa foi realizada com 10 pacientes de uma unidade de tratamento de queimados de hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. Os resultados demonstram que os pacientes queimados percebem que seu corpo é estigmatizado de uma forma a afetar a identidade social do grupo focalizado.

Palavras-chave: Corporalidade; Estigma; Reabilitação; Queimadura.

ABSTRACT

This study aimed to understand the experience and perception of burn patients about their body image compared to contemporary standards, which regulate the body ideal in our society. The research aimed also interprets the meanings assigned to a body that has burn marks. In anthropological approach and topical history of life, the techniques used by research were observation and interview. The study was developed with 10 patients in a burn treatment unit of a university hospital in the state of São Paulo. The results point to the stigmatization of burn patients' body in ways that affect the social identity of the group focused.

Keywords: Embodiment; Stigma; Rehabilitation; Burn.

RESUMEN

Esa investigación visó comprender la experiencia de quemadura y la percepción de pacientes quemados acerca de su imagen corporal en relación a los patrones contemporáneos que regulan el ideal de cuerpo en nuestra sociedad. Además, objetivó interpretar los significados atribuidos a un cuerpo que tiene las cicatrices de quemadura. La investigación recurre al abordaje antropológico, utiliza la historia de vida tópica, observación y entrevista. El estudio ha sido desarrollado con 10 pacientes de la unidad de quemados de hospital universitario del Estado de São Paulo. Los resultados muestran que los pacientes quemados perciben su cuerpo como estigmatizado, de manera que afecta la identidad social del grupo focalizado.

Palabras clave: Corporalidad, Estigma, Rehabilitación, Quemadura.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: características dos atendimentos a queimados feitos pelo SUS em 74 serviços de urgência e emergência.....	22
TABELA 2: Atendimento decorrente de queimadura segundo ocorrências.....	24

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pacientes com idade inferior a 11 anos atendidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.....	47
FIGURA 2: Pacientes com idade superior a 11 anos atendidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão.....	47

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Características socioeconômicas dos pacientes entrevistados....48

QUADRO 2: Características das queimaduras dos pacientes entrevistados....49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	19
1. REVISÃO DE LITERATURA	20
1.1 Epidemiologia da queimadura	20
1.2 A abordagem antropológica	27
1.3 O corpo como construção social	27
1.4 O conceito de estigma	32
2. PERCURSO METODOLÓGICO	35
2.1 O método	35
2.2 Lócus da investigação	36
2.3 Os sujeitos da pesquisa	36
2.4 Técnicas de pesquisa	37
3. RESULTADOS	41
3.1 A Unidade de Queimados	41
3.2 A pesquisa na Unidade de Queimados	43
3.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	48
3.4 Histórias de vida	50
4. ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS	67
4.1 Unidades de significados	67
4.2 Vontade de deus	67
4.3 Contradições e ambiguidades	69
4.4 A vida após a queimadura: enfrentando a dor	75

4.4 Ah, se eu pudesse voltar ao normal!	78
4.5 Viver com a visível diferença inscrita no corpo.....	82
 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 88
 REFERÊNCIAS.....	 90
 APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	 95
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	96

INTRODUÇÃO

Há algum tempo o corpo deixou de ser concebido apenas através do olhar da biologia e passou a ser visto também pelos olhares da história, da antropologia, da filosofia. Os diferentes olhares das ciências sociais conduziram estudos em que o corpo é colocado como um dado histórico, social e cultural, além de biológico. Interessa-nos, neste trabalho, o corpo construído socialmente, sobre o qual se impõem múltiplos significados coletivamente produzidos, isto é, o corpo simbólico (SARTI, 2010), objeto de estudo da antropologia.

Vivemos em uma sociedade que preza a “boa aparência”, entendida como uma aparência sem mutilações, com traços fisionômicos característicos de populações anglo-saxônicas, corpo esbelto, senão magro. A “boa aparência” é requisito, às vezes não explicitado, seja na vida pessoal, social ou profissional. A beleza física é, além de supervalorizada, muitas vezes tida como necessária para um indivíduo que está em busca de um emprego, por exemplo, ou de sucesso pessoal (QUEIROZ, 2000).

A sociedade contemporânea dita normas e regras para que essa beleza seja alcançada, instituindo padrões, e estimula a imagem da forma corporal perfeita na mídia, trazendo, para aqueles excluídos da perfeição almejada, a percepção da deterioração de sua imagem pessoal.

Os padrões corporais, como os demais padrões, são definidos dentro de cada contexto cultural e, por meio deles, revela-se o *ethos* de um povo ou agrupamento social (GEERTZ, 1978), ou seja, seus costumes, crenças, regras, valores; revela-se, ainda, a identidade social que o povo ou grupo construiu. Para o indivíduo inserido em um dado contexto cultural, essa manifestação é naturalizada de tal forma que se imagina ser universal.

Todas as sociedades elegem atributos que julgam ser necessários para seus membros. Esses atributos podem ser iguais para todos, assim como pode haver sensíveis diferenças entre grupos distintos dentro da mesma sociedade. Como aponta José Carlos Rodrigues (2006), o corpo é pouco mais

que uma massa de modelagem à qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias disposições.

Nesse sentido, modificações corporais podem imprimir status elevado ao indivíduo, tendo elas finalidade ritual ou estética. Em alguns casos, percebe-se a motivação da sedução, como das mulheres que fazem desenhos parecidos com rendas no corpo nu, ou mesmo das chinesas que, durante séculos, quebravam os dedos de pés mantidos rigidamente amarrados, de modo a fazer com que parecessem menores, adequando-se ao ideal de beleza feminina daquela sociedade.

As marcas impressas no corpo podem ser vistas também como signos de valorização da história de vida, como no caso de tatuagens que remetem a tradições familiares e religiosas ou podem ter como função, muitas vezes, a imposição de regras pela sociedade ou por um grupo a seus membros, como no caso, por exemplo, de prisioneiros, nos presídios brasileiros, que têm inscrito no corpo o tipo de delito que cometeram. Em diversas sociedades tribais, os homens trazem extensas e visíveis marcas da escarificação a que foram submetidos para serem reconhecidos como corajosos, ou simplesmente como adultos (RODRIGUES, 2006; CLASTRES, 1992).

Da mesma forma que essas marcas e cicatrizes constituem sinais de pertencimento à sociedade ou a um grupo social específico, também podem colocar o indivíduo em uma posição de discriminação, como pode acontecer no caso daqueles indivíduos que trazem no corpo mutilações provocadas por acidentes diversos, entre elas as marcas de queimadura, foco deste trabalho.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define queimadura como uma lesão da pele, ou outro tecido orgânico, causada principalmente pelo calor ou por radiação, radioatividade, eletricidade, fricção ou contato com produtos químicos.

Segundo dados de maio de 2012, da OMS, as queimaduras são um problema global de Saúde Pública, respondendo por cerca de 195 000 mortes anuais. A maioria dessas mortes ocorre em países de renda baixa e média e quase metade dos casos ocorre no Sudeste Asiático. Nos países de renda mais alta, a taxa de vítimas de queimadura vem diminuindo, sendo que a taxa de mortalidade de crianças por queimadura é atualmente sete vezes maior nas regiões com renda média e baixa se comparada aos países de renda alta. As

queimaduras não fatais são uma das principais causas de morbidade, incluindo a hospitalização prolongada, desfiguramento e incapacidade, muitas vezes resultando em estigma e rejeição (WHO, 2012).

Segundo Gawryszewski et al (2012, p. 629), as queimaduras acarretam intensa dor física, e suas consequências atingem não somente o acidentado, mas também seus familiares e seu círculo de relações sociais. Além disso, dependendo da extensão e gravidade, as queimaduras podem causar sequelas físicas e psíquicas o que acarreta diminuição das chances de o indivíduo afetado usufruir plenamente de seu potencial produtivo, do ponto de vista econômico e social. O impacto causado pelas sequelas da queimadura na vida dessas pessoas é difícil de ser medido.

O indivíduo que sofre uma grave queimadura submete-se, constantemente, a sofrimento físico e psíquico. O sofrimento físico está associado aos momentos iniciais após o trauma, muito marcados pela dor da ferida, dos curativos e das diversas cirurgias que pode vir a sofrer. Entretanto, também o sofrimento psíquico pode causar danos, temporários ou permanentes, ao indivíduo (COSTA et al., 2008).

A pessoa que vive com marcas corporais em uma sociedade na qual o corpo precisa estar enquadrado em rigorosos padrões estéticos pode ser compelida a atribuir significados depreciativos a si mesma em todas as suas vivências, seja no âmbito dos relacionamentos familiares, profissionais e sociais. Sabe-se que a queimadura não traz ao indivíduo queimado apenas danos físicos. Os danos emocionais, expressados por sentimentos de depressão, negação, medo, ansiedade, euforia com relação à sobrevivência, confusão e delírio com relação à perda de autonomia e comprometimento da autoimagem (PATRIDGE; ROBINSON, 1995) também fazem parte de seu cotidiano.

Porém, ainda são poucos os estudos sobre a experiência de queimaduras graves, ainda que existam muitas pesquisas quantitativas, principalmente, sobre as consequências corporais, psíquicas e sociais da queimadura, com reflexo na totalidade da vida dos indivíduos queimados. Por isso, propõe-se este trabalho, que adota a perspectiva da antropologia e, em pesquisa qualitativa, analisa como ocorre esse processo entre pessoas que estão em reabilitação de queimaduras graves.

A experiência da queimadura, vivida como um trauma que envolve dor, medo relacionado ao risco de morte e preocupação com mudanças na aparência e aspectos funcionais do corpo, acarreta inseguranças quanto às possibilidades de retorno ao convívio social, trabalho e desempenho de atividades diárias e afeta o indivíduo, tanto física como mentalmente, e sua rede de suporte social (COSTA et al., 2008).

As indagações acerca do tema, que motivaram a proposição desta pesquisa, surgiram durante o primeiro ano de aulas do Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e da participação da pesquisadora e da orientadora no Grupo de Investigações em Reabilitação e Qualidade de Vida (GIRQ), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com importante trabalho de pesquisa sobre indivíduos em reabilitação de queimaduras graves com importante trabalho de pesquisa sobre indivíduos em reabilitação de queimaduras graves.

O impulso inicial para o desenvolvimento desta pesquisa partiu de questionamentos sobre como seria a vivência de pessoas com marcas corporais em uma sociedade em que a beleza exterior é extremamente valorizada e, muitas vezes, transformada em capital pessoal. Consequentemente, a pesquisa concentrou-se em um grupo de pessoas que sofreram queimaduras.

Como aluna do Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica - que tem seu foco em saúde mental - a pergunta desencadeadora das reflexões era sempre se pessoas vítimas de queimaduras e portadoras de cicatrizes estariam preparadas não só física, como mentalmente, para retornar à sociedade e conviver com os estigmas que cercam aqueles que vivem à margem dos padrões estéticos atuais. Outra indagação que permeou a origem deste trabalho consistia em saber se, durante o processo de tratamento, internação e reabilitação, essas pessoas receberiam uma atenção adequada da equipe dos profissionais de saúde responsável por seus cuidados, de maneira a contemplar sua saúde mental.

Essas reflexões e indagações sedimentaram a proposta deste trabalho de pesquisa, que focaliza a experiência de pessoas que sofreram queimaduras e se encontram em reabilitação (pacientes de um mesmo hospital universitário). A relevância deste estudo reside na necessidade de

compreender como se concretiza a experiência traumática da queimadura na vida dessas pessoas e se o processo de reabilitação física do paciente vítima de queimadura é acompanhado por sua reabilitação psíquica.

OBJETIVOS

Objetivo geral: compreender a experiência da queimadura e a percepção da própria imagem corporal por pacientes adultos, que estão em reabilitação de queimaduras, independente do motivo da queimadura. Neste sentido, serão explorados e enfatizados tanto relações da autoimagem corporal com os padrões de corpo vigentes em nossa sociedade, quanto significados atribuídos ao corpo queimado.

Objetivos específicos: verificar se o processo de reabilitação é perpassado pela dor; observar se há relações com a questão de gênero e a queimadura e suas sequelas; identificar se o atendimento dado ao paciente queimado durante a internação e a reabilitação abrange o cuidado ao sofrimento psíquico, além do físico; examinar se existe algum tipo de ressignificação da vida depois da queimadura; verificar se indivíduos com marcas visíveis de queimadura sofrem algum tipo de discriminação.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 EPIDEMIOLOGIA DA QUEIMADURA

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, a queimadura é uma lesão da pele ou outro tecido orgânico, causada principalmente pelo calor ou por radiação, radioatividade, eletricidade, fricção ou contato com produtos químicos. As queimaduras térmicas ocorrem quando algumas ou todas as células na pele ou outros tecidos são destruídas por líquidos quentes, sólidos quentes ou chamas.

Segundo a OMS, em 2004, quase 11 milhões de pessoas em todo o mundo foram queimados severamente o suficiente para exigir atenção médica. Na Índia, mais de 1.000.000 pessoas são moderadamente ou severamente queimados a cada ano; em Bangladesh cerca de 173 000 crianças são moderadamente ou severamente queimados a cada ano; em Bangladesh, Colômbia, Egito e Paquistão, 17% das crianças com queimaduras têm uma incapacidade temporária e 18% tem uma deficiência permanente; em 2008, mais de 410.000 queimaduras ocorreram nos Estados Unidos da América, sendo cerca de 40.000 com necessidade de hospitalização (WHO, 2012).

Dados da Organização Mundial de Saúde apontam a geração de um grande impacto econômico com o cuidado desses pacientes: em 2000, os custos diretos para o cuidado das crianças com queimaduras nos EUA excederam 211 milhões de dólares; na Noruega, os custos de gestão hospitalar em queimadura em 2007 superaram os 10,5 milhões de Euros; na África do Sul estima-se que 26 milhões dólares são gastos anualmente para cuidar de incidentes de queimaduras em fogões de cozinha. Os custos indiretos, tais como salários perdidos, cuidados prolongados pelas deformidades e traumas emocionais e comprometimento de recursos da família, também contribuem para o impacto socioeconômico (WHO,2012).

Segundo a OMS as mulheres são as que sofrem queimaduras com mais frequência. O Sudeste Asiático tem a maior taxa de queimaduras entre elas, representando 27% do total de mortes global e quase 70% das mortes por

queimadura na região. O alto risco para o sexo feminino está associado à falta de segurança na cozinha. Chamas utilizadas para aquecimento e iluminação também apresentam riscos e tentativas de suicídio ou violência interpessoal, embora mais raramente, também são fatores (WHO, 2012).

Observa-se nos mesmos dados que, assim como as mulheres adultas, crianças estão mais vulneráveis a queimaduras, que são a principal causa de morte de crianças de 1-9 anos e também são a quinta causa mais comum de lesões não fatais da infância. A falta de supervisão dos adultos e os maus tratos são os motivos que mais levam a queimaduras nas crianças.

As queimaduras ocorrem principalmente no lar e no trabalho. Crianças e mulheres são geralmente queimadas em cozinhas domésticas, por recipientes virados contendo líquidos quentes ou chamas, ou a partir de explosões de fogões. Os homens são mais propensos a se queimarem no local de trabalho devido a queimaduras de fogo, químicas e elétricas.

Outros fatores de risco, segundo a WHO são:

- ocupações que aumentam a exposição ao fogo;
- pobreza, superlotação e falta de medidas de segurança adequadas;
- inserção de jovens em papéis domésticos, como cozinhar e cuidar de crianças pequenas;
- condições médicas subjacentes, incluindo a epilepsia, neuropatia periférica, e deficiências físicas e cognitivas;
- abuso de álcool e tabagismo;
- fácil acesso a produtos químicos utilizados para cometer crimes (tal como em ataques de violência com ácido);
- uso de querosene (parafina) como fonte de combustível para utensílios não elétricos de uso doméstico;
- inadequadas medidas de segurança para gás liquefeito de petróleo e eletricidade.

Para a Organização Mundial da Saúde, as queimaduras são evitáveis. Países de alta renda têm feito progressos consideráveis na redução dos índices de mortes por queimaduras, através de uma combinação de estratégias de prevenção e melhorias no atendimento de pessoas afetadas por queimaduras. A maioria desses avanços na prevenção e nos cuidados tem sido

aplicada, entretanto, de forma incompleta em países de baixa e média renda. Intensificar os esforços para um bom aproveitamento provavelmente levaria a reduções significativas nas taxas de queimaduras relacionadas à morte e invalidez. Ela sugere que tais estratégias devem abordar os riscos específicos para queimaduras, desenvolver uma educação para populações vulneráveis e dar formação às comunidades em primeiros socorros.

Um quadro geral dos atendimentos de queimadura pode ser observado em um estudo brasileiro, de 2009, realizado através de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 74 serviços de urgência e emergência, de 23 capitais e Distrito Federal. Tal estudo contou com uma amostra de 761 atendimentos, apenas com pacientes vítimas de queimaduras por causa externa (acidentes e violência) que procuraram atendimento de urgência e emergência dos locais selecionados.

Como resultado obtiveram-se os seguintes dados apresentados em tabela:

Características	Masculino (n = 446)		Feminino (n = 315)		Total (N = 761)	
	%	CV (%)	%	CV (%)	%	CV (%)
Faixa etária (anos)						
0-4	17,0	12,8	14,7	14,3	16,0	9,4
5-14	9,8	18,2	13,7	16,0	11,5	12,8
15-19	9,5	16,1	9,6	19,3	9,6	12,5
20-29	23,8	11,9	22,1	11,5	23,1	8,3
30-49	29,0	8,6	27,5	9,9	28,4	6,6
50 e +	10,5	16,4	12,3	21,5	11,3	14,2
Sem informação	0,5	-	-	-	0,3	-
Raça/Cor						
Branca	36,9	10,3	34,6	9,9	35,9	8,0
Preta	14,0	16,1	12,8	15,8	13,5	13,3
Parda	39,2	9,4	48,2	7,5	43,0	6,8
Amarela/Indígena	3,1	32,7	1,7	40,5	2,5	27,1
Sem informação	6,8	-	2,8	-	5,1	-
Escolaridade (anos)						
0-4	23,8	11,8	27,2	9,5	25,2	7,6
5-8	24,1	11,3	18,6	14,0	21,8	8,7
9-11	24,1	11,9	31,2	9,3	27,1	7,7
12 e +	5,0	23,9	5,1	26,1	5,1	17,7
Não se aplica *	14,3	-	12,2	-	13,4	-
Sem informação	8,8	-	5,8	-	7,5	-

* Casos de queimaduras em crianças menores de sete anos.

Fonte: GAWRYSZEWSKI, VP et al, 2012, p. 632

Nota-se que o número de atendimentos a pacientes do sexo masculino foi maior em relação aos do sexo feminino. Apesar disso, a prevalência de faixa etária, raça/cor e escolaridade foi comum a ambos os sexos. Pode-se

perceber que a faixa etária dos 30 aos 49 anos foi a responsável pelo maior número de atendimentos, assim como pacientes de cor parda, e com escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo.

Numa segunda tabela verificaram-se informações como local da ocorrência, natureza da lesão, parte do corpo atingida, agente causador, período e dia do atendimento.

Percebe-se, nessa segunda tabela, que boa parte dos atendimentos masculinos deveu-se a acidentes de trabalho, entretanto o local de residência é onde acontece o maior número de acidentes. Os membros superiores são, de acordo com o estudo, o local mais atingido e o fogo/chama entre os homens e as substâncias quentes entre as mulheres são os agentes das queimaduras que mais levaram ao atendimento. É possível, na análise da segunda tabela, notar diferença de gênero entre os indivíduos que sofreram queimadura.

Tabela 2

Atendimentos decorrentes de queimaduras segundo circunstâncias das ocorrências: proporção de casos (%), coeficiente de variação (CV). Serviços de urgência e emergência selecionados em 23 capitais e no Distrito Federal, Brasil, setembro a novembro de 2009.

Características	Masculino (n = 446)		Feminino (n = 315)		Total (N = 761)	
	%	CV (%)	%	CV (%)	%	CV (%)
Meio de transporte utilizado para chegar ao hospital						
A pé/Coletivo	20,1	13,8	21,8	12,6	20,9	10,4
Veículo particular	53,2	7,9	55,2	6,1	54,0	5,5
Assistência pré-hospitalar *	22,8	20,7	15,7	13,0	19,8	14,8
Outros	2,8	36,9	2,8	32,8	2,8	28,6
Sem informação	1,1	-	4,5	-	2,5	-
Possui algum tipo de deficiência						
Sim	2,8	33,5	2,3	39,6	2,6	28,0
Evento relacionado ao trabalho						
Sim	35,1	10,4	20,8	14,0	29,1	8,8
Uso de álcool **						
Sim	6,5	22,1	3,0	38,2	5,1	19,2
Local de ocorrência						
Residência	50,8	8,5	77,6	3,5	62,1	4,9
Habitação coletiva	6,4	83,1	0,4	71,9	3,8	82,0
Via pública	8,5	20,6	6,3	28,1	7,6	15,8
Comércio/Serviços/Indústria/Construção	26,0	12,4	9,7	23,5	19,1	10,7
Outros	6,3	20,9	5,2	28,6	5,8	16,9
Sem informação	2,0	-	0,9	-	1,6	-
Natureza da lesão corporal						
Queimadura	94,0	1,4	96,2	1,5	95,0	1,1
Outros	5,7	23,4	3,7	38,7	4,9	21,2
Sem informação	0,2	-	0,1	-	0,2	-
Parte do corpo atingida						
Cabeça e pescoço	26,4	12,2	16,0	16,5	22,0	9,7
Membros superiores	26,6	10,7	34,4	9,2	29,9	7,4
Membros inferiores	13,9	14,4	24,1	12,3	18,2	10,2
Tronco	11,8	18,0	12,8	21,2	12,2	16,7
Múltiplos órgãos/regiões	19,8	25,0	12,0	16,8	16,5	18,7
Não se aplica ***	1,5	46,7	0,7	81,9	1,2	40,4
Sem informação	-	-	-	-	-	-
Evolução						
Alta	60,5	5,6	64,9	6,3	62,3	4,6
Encaminhamento ambulatorial	11,5	21,4	14,6	28,1	12,8	22,3
Internação hospitalar	21,7	17,3	13,1	18,3	18,1	14,3
Encaminhamento para outro serviço	4,0	28,5	3,4	40,8	3,8	26,1
Evasão/Fuga	1,0	51,8	2,0	45,5	1,4	34,4
Óbito	-	-	-	-	-	-
Sem informação	1,3	-	2,0	-	1,6	-
Agente causador						
Fogo/Chama	33,3	13,8	11,8	16,6	24,2	12,7
Substância quente	30,7	10,8	61,3	5,4	43,6	6,4
Objeto quente	9,9	16,8	9,2	19,6	9,6	13,5
Choque elétrico	4,6	24,6	3,1	35,0	4,0	21,9
Substância química	11,1	16,5	7,9	24,3	9,7	13,3
Outros	7,7	-	4,0	-	6,1	-
Sem informação	2,8	-	2,7	-	2,7	-

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Características	Masculino (n = 446)		Feminino (n = 315)		Total (N = 761)	
	%	CV (%)	%	CV (%)	%	CV (%)
Período de atendimento						
Manhã	30,0	10,9	22,9	11,0	27,0	8,4
Tarde	32,2	9,2	42,1	8,3	36,4	7,0
Noite	29,4	11,3	32,8	11,0	30,8	9,1
Madrugada	8,4	19,4	2,3	38,5	5,8	18,6
Sem informação	-	-	-	-	-	-
Dia de atendimento						
Domingo	15,9	19,3	16,4	21,7	16,1	17,4
Segunda	10,9	20,1	12,7	21,0	11,6	18,5
Terça	8,2	23,3	10,9	22,5	9,3	19,3
Quarta	12,3	24,6	12,9	29,9	12,6	24,6
Quinta	14,8	27,0	14,0	25,4	14,4	25,1
Sexta	22,7	23,2	17,4	19,1	20,4	18,5
Sábado	14,6	22,1	14,0	21,9	14,3	19,9
Sem informação	0,8	-	1,8	-	1,2	-

* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambulância, resgate;

** Uso de álcool informado pela vítima ou suspeito pelo entrevistador;

*** Refere-se aos casos decorrentes de choques elétricos.

Fonte: GAWRYSZEWSKI, VP et al, 2012, p. 633,634.

Com a intenção de diminuir os altos índices de atendimentos por queimadura, pesquisadores, profissionais da saúde, hospitais, órgãos privados e públicos e a Organização Mundial da Saúde lançam mão de campanhas e trabalhos de prevenção a queimaduras, todos os anos. Todavia, eles não são suficientes, como indicam estudos epidemiológicos realizados em diversos países.

De acordo com a OMS as queimaduras são evitáveis. Países de alta renda têm feito progressos consideráveis na redução dos índices de mortes de queimaduras, mediante uma combinação de estratégias de prevenção e melhorias no atendimento de pessoas afetadas por queimaduras. A maioria desses avanços na prevenção e nos cuidados tem sido aplicada de forma incompleta em países de baixa e média renda. A intensificação dos esforços para fazê-lo provavelmente levaria a reduções significativas nas taxas de queimaduras relacionadas à morte e invalidez.

As estratégias de prevenção, segundo a OMS devem abordar os riscos específicos para queimaduras, educação para populações vulneráveis e formação de comunidades em primeiros socorros. Um plano de prevenção eficaz queimadura deve ser multissetorial e incluem grandes esforços para:

- Melhorar o conhecimento

- Desenvolver e aplicar políticas eficazes
- Descrever carga e identificar fatores de risco
- Definir prioridades de pesquisa com a promoção de intervenções promissoras
- Fornecer programas de prevenção em queimadura
- Fortalecer os cuidados com os queimados

Além disso, há uma série de recomendações específicas para indivíduos, comunidades e autoridades de saúde pública para reduzir o risco de queimadura, como.

- Promover fogões mais seguros e combustíveis menos perigosos, e educar sobre roupas folgadas.
- Aplicar normas de segurança para projetos de habitação e materiais, e incentivar a inspeções.
- Melhorar o projeto de fogões, particularmente no que diz respeito à estabilidade e à prevenção do acesso de crianças.
- Abaixar a temperatura em torneiras de água quente.
- Promover a educação de segurança contra incêndios e o uso de detectores de fumaça, sprinklers e escadas de incêndio em residências.
- Promover a introdução e o cumprimento das normas de segurança industrial e do uso de tecidos ignífugos para roupas de cama das crianças.
- Evitar fumar na cama e incentivar o uso de isqueiros com proteção contra as crianças
- Melhorar o tratamento da epilepsia, particularmente nos países em desenvolvimento.
- Incentivar o desenvolvimento de sistemas de cuidado com a queimadura, incluindo a formação de profissionais de saúde na triagem adequada e gestão de pessoas com queimaduras.
- Apoiar o desenvolvimento e distribuição de aventais ignífugos para serem utilizados durante o cozimento em torno de uma chama aberta ou fogão de querosene.

1.2 A ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA

Este estudo desenvolveu-se pelo enfoque da antropologia à questão da experiência da queimadura, com ênfase aos significados do corpo queimado. Visou-se, desta forma, contribuir para o conhecimento da queimadura valorizando a experiência dos indivíduos queimados, como faz a Antropologia Médica em relação à experiência da doença (HELMAN, 2006; RABELO, ALVES, MARIA, 2002; UCHOA, VIDAL, 1994). Discutir a experiência da queimadura sob o olhar antropológico, por sua vez, obrigou a debruçar sobre os padrões culturais que as sociedades impõem aos corpos de seus membros, isto é, a apropriação simbólica do corpo pela sociedade.

O referencial teórico que embasa esta pesquisa tem subsídio em alguns autores que vêm estudando o corpo na contemporaneidade sob o olhar da teoria antropológica. Nesse sentido, destacam-se Ervin Goffman (2008), com o conceito de estigma e David Le Breton (2003; 2006), com a concepção do corpo como estrutura simbólica, como os principais norteadores da reflexão. A obra clássica de Marcel Mauss (1978), primeiro teórico a esboçar uma Antropologia do Corpo, também contribui com as discussões acerca da temática do corpo. Rodrigues (2006) é outro autor a sublinhar a apropriação sociocultural do corpo e a noção de corpo como suporte de valores, que também influenciou bastante este trabalho.

Estes autores, com a atenção direcionada à dimensão simbólica, discutem a construção social do corpo e a impregnação, por significados socialmente construídos, de ações e representações a ele relacionadas e ao estigma que recai sobre as diferenças em uma sociedade que impõe a imagem do corpo perfeito. Norteiam, ainda, esta pesquisa e serão analisados outros estudos relacionados ao tema e inseridos na Antropologia do Corpo, bem como investigações referentes à questão dos pacientes que sofreram queimadura.

1.3 O CORPO COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

Há pelo menos um século os estudos sobre o corpo têm sido recorrentes na Antropologia, trazendo diversos enfoques e discussões variadas. Entretanto, foi no século XX que os estudos sobre o corpo ganharam volume e abordagens distintas.

Mauss foi, sem dúvida, quem inaugurou a discussão antropológica sobre o corpo e sua relação com a cultura. Em “As técnicas corporais” (1975), ele inicia o texto pedindo licença às ciências naturais, responsáveis até aquele momento pelas discussões acerca do corpo, tratado apenas em seus aspectos biológicos e fisiológicos.

Mauss afirma que é possível fazer uma teoria “da técnica corporal a partir de um estudo e uma exposição, de uma descrição pura e simples das técnicas corporais” (1975, p. 211). Segundo o autor, tais técnicas são as maneiras como os homens sabem servir-se de seus corpos. O autor mostra, ainda, que esses modos de agir podem ser construídos de forma diferente de sociedade para sociedade e modificados conforme a época, bem como podem ser imitados de uma sociedade para outra. A essas possibilidades Mauss (1975, p. 214) dá o nome de *habitus*. Esse *habitus* não designa aqueles hábitos metafísicos, que o autor chama de “memória” misteriosa, e sim os “hábitos” que variam não apenas com os “indivíduos e suas imitações”, mas que variam com as sociedades, as educações, as vivências, as modas e o prestígio.

Com essas considerações, Mauss conclui que os sujeitos não são guiados apenas pelo biológico, pelo psicológico ou pelo social e, que para ter uma visão clara das técnicas corporais, elas deveriam ser analisadas sob tríplice ponto de vista, constituindo o que ele chama de “homem total”. O autor fala de um corpo socialmente construído, no qual “o ato impõe-se de fora, do alto, ainda que seja um ato exclusivamente biológico e concernente ao corpo” (1975, p. 215). O aprendizado das técnicas se daria pela imitação, ou pela educação do corpo; no ato imitador, condicionado por três elementos “indissoluvelmente misturados”, estaria contida tanto a dimensão social, quanto a psicológica e a biológica.

Entretanto, essas considerações não satisfizeram Mauss, que desejaria sistematizar os modos de agir em técnicas corporais. Para o autor, essas técnicas são um “ato tradicional eficaz”, isso porque não há técnica e nem

transmissão, sem tradição. Para ele, o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem.

Mauss foi acusado de não considerar a dimensão individual e de pensar o cultural como sendo a única alternativa de ação para o corpo. Entretanto, seus estudos demonstram que ele via no corpo não só um receptáculo da cultura, mas também um instrumento de ação sobre ela. Sua obra foi uma das primeiras a tratar do assunto e traz o conceito de totalidade explicitado na noção de “fato social total”, que indica a necessidade de considerarmos as muitas dimensões que se interligam no fato social. No fato de Mauss tentar apreender o homem também como “total”, considerando as várias dimensões e aspectos que o constituem e o conformam, pode-se perceber a tentativa de mostrar que esse corpo é cultural e socialmente construído, além de ser biológico e psicológico.

Partilhando de uma concepção parecida, o antropólogo francês David Le Breton (2002, 2003, 2006), hoje referência mundial para a discussão sobre corporeidade demonstra, por meio de uma “sociologia do corpo”, que todas as ações da vida cotidiana de um indivíduo, sejam elas fúteis e menos concretas ou aquelas que ocorrem em cena pública, são envolvidas pela mediação da corporeidade. Sugere, ainda, que o corpo é moldado pelo contexto social e cultural em que o sujeito está inserido, sendo, o corpo, “o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída”. É pela corporeidade que o homem faz do mundo a extensão da sua experiência, é por ela que esse corpo adquire uma coerência, fica disponível para a ação e compreensão, ou seja, o corpo sendo emissor ou receptor produz sentidos que inserem o indivíduo no interior de um espaço social e cultural.

Como o autor demonstra, o corpo é suporte de valores, sendo atribuídas aos seus órgãos e funções representações que podem se diferenciar de uma sociedade para a outra, e até mesmo apresentar diversidades no interior de uma mesma sociedade, entre classes sociais, por exemplo.

Para Rodrigues (2006, p. 47), a natureza da sociedade humana é basicamente um sistema de significação no qual a cultura funciona como:

uma espécie de grade que se aplica sobre um território originalmente indistinto, seccionando-o e estabelecendo entre as partes assim constituídas contrastes e

diferenças que se responsabilizam a partir de então pela constituição dos sentidos.

Essa atribuição de sentido ao mundo só se torna possível porque a sociedade é estruturada e, em sua estrutura os componentes funcionam segundo uma determinada lógica. Essa lógica, segundo Rodrigues, (2006, p. 47):

é introjetada nas mentes dos indivíduos e por esse caminho 'projetada' sobre o mundo, na medida em que este para ser apreendido pelos indivíduos deve ser representado em suas mentes, e portando 'concebido'.

A cultura adquire um sentido próprio aos olhos de seus membros a partir do momento em que se opõe à natureza e introduz suas normas e padrões no universo indiferenciado da natureza, seja do ser humano, seja a do meio ambiente (RODRIGUES, 2006, p. 47).

Dessa forma, o autor (2006, p. 48) mostra que o comportamento individual está subordinado a determinados códigos, muitas vezes inconscientes, que programam de forma coletiva a maneira de agir, de pensar, de sentir como uma maneira justa ou correta e, conformados à norma coletiva ou dela desviados, esses comportamentos são expressões da natureza do sistema social.

Esses princípios estruturantes são reproduzidos diretamente no corpo humano, de maneira que a ele é atribuído um sentido particular que é diverso em sistemas sociais distintos. Segundo Rodrigues (2006, p.48), em todas as sociedades se configuram modelos de como o homem deve ser tanto do ponto de vista intelectual e moral como do ponto de vista físico. Assim, o autor (2006, p.48) ainda coloca que:

...esta constelação de atributos é em certa medida a mesma para todos os membros de uma sociedade, embora tenda a se distinguir em nuances segundo os diferentes grupos, classes ou categorias que toda sociedade abriga.

Embora não se possa negar que alguns comportamentos estarão presentes em todos os seres humanos, independente de sua formação ou sociedade, cada cultura atribui a todos os comportamentos significados particulares, a partir da qual alguns impulsos serão exaltados, outros inibidos

ou desprezados (RODRIGUES, 2006, p.49). A cultura dita, por conseguinte, normas em relação ao corpo, mas as normas variam de cultura para cultura.

Ao corpo são aplicados sentimentos e crenças que estão ligados à base da vida social e que, ao mesmo tempo, não estão subordinados diretamente ao corpo (RODRIGUES, 2006, p.49). Para Rodrigues (2006, p.62), o corpo porta em si a marca da vida social, expressa toda a preocupação da sociedade em imprimir nele, fisicamente, diversas transformações escolhidas de um repertório cujos limites não se pode definir. Assim,

se considerarmos todas as modelações que sofre, constataremos que o corpo é pouco mais que uma massa de modelagem, a qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias disposições: formas nas quais a sociedade projeta a fisionomia de seu próprio espírito.

Da mesma forma, para Le Breton (2006, p. 77), o corpo é visto como “preso no espelho social, objeto concreto de investimento coletivo, suporte de ações e de significações, motivo de reunião e distinção pelas práticas e discursos que suscita”. A aparência corporal está ligada diretamente à forma como o indivíduo se apresenta e representa no mundo. Essa aparência engloba tanto maneiras de se vestir, de se pentear e ajeitar o rosto, do cuidado com o corpo como todas as maneiras cotidianas de se apresentar socialmente.

Le Breton (2003, 2006) propõe que se pense o corpo como um simples suporte da pessoa, “ontologicamente distinto do sujeito, torna-se um objeto à disposição sobre o qual agir a fim de melhorá-lo” (LE BRETON, 2007, p. 15), clamando por um imperativo de mudança.

Le Breton mostra, ainda, como o indivíduo, nas sociedades contemporâneas, na tentativa de assegurar sua personalidade, acaba por acreditar que mudando o corpo ele mudara também a vida. Como não se contenta com o corpo com o qual nasce, percebe ser necessário modificá-lo para torná-lo perfeito. O corpo passa a ser entendido, dessa forma, um “rascunho” (2007, p.16) que pode e deve ser corrigido. Essa necessidade de mudança transforma a identidade, antes mais sólida e estática, em “uma identidade provisória” (LE BRETON, 2007). O autor destaca que esse movimento trouxe à tona um novo dualismo, antes traduzido pelo corpo versus

alma, agora pelo corpo versus o próprio sujeito. O autor afirma que (2007, p. 28):

O corpo não é mais apenas, em nossas sociedades contemporâneas, a determinação de uma identidade intangível, a encarnação irredutível do sujeito, o ser-no-mundo, mas uma construção, uma instância de conexão, um terminal, um objeto transitório e manipulável suscetível de muitos emparelhamentos. Deixou de ser identidade de si, destino da pessoa para se tornar um kit, uma soma de partes eventualmente destacáveis à disposição de um indivíduo apreendido em uma manipulação de si e para quem justamente o corpo é a peça principal de afirmação pessoal.

1.4 O CONCEITO DE ESTIGMA

O conceito de estigma, importante nas discussões desenvolvidas neste trabalho é proposto por E. Goffman (2008), isto é, o estigma é visto como a imputação de atributos de inferioridade a pessoas portadoras de características desprezadas pela sociedade e resulta em deterioração da imagem social.

Goffman afirma que o termo estigma existe desde a Grécia antiga, quando era usado para designar aqueles que possuíam sinais corporais e sobre os quais se procurava evidenciar algum mal ou algo extraordinário que recaísse sobre o *status* moral que esse indivíduo apresentava. A pessoa era marcada com cortes ou fogo no corpo para que fosse possível identificá-la como um escravo, criminoso ou traidor e representava uma advertência, um sinal para evitar contatos sociais. O indivíduo marcado estava poluído e não era recomendado qualquer contato com ele, especialmente em lugares públicos.

Na era Cristã, a noção de estigma era acompanhada por duas metáforas: a primeira sugeria que essas marcas fossem sinais corporais da graça divina tomando a forma de flores em erupção sobre o corpo e a outra, de cunho médico referia-se aos sinais corporais como distúrbios físicos. Atualmente, a palavra estigma expressa algo ruim, algo que deve ser evitado, ela expressa uma identidade deteriorada (GOFFMAN, 2008).

A noção de identidade vem sendo discutida há tempos por antropólogos e sociólogos, e, segundo Oliveira (p. 4, 1976), ela contém duas dimensões: a pessoal (individual) e a social (coletiva). Os pensadores aqui comentados demonstraram a interconexão de identidade pessoal e social, o que permite toma-las como dimensões de um mesmo e inclusivo fenômeno, situado em diferentes níveis de realização (OLIVEIRA, p. 4, 1976).

Embora apresentem diferenças em suas concepções de identidade social, Goffman e Oliveira partilham a ideia de que tanto a identidade pessoal quanto a social são baseadas nas definições e interesses que outras pessoas têm em relação àquele que tem sua identidade posta em questão, sendo essa identidade construída por meio das relações sociais. Para Goffman a identidade social refere-se à identidade construída mediante relação com outros. Para Oliveira (1976), a noção de identidade, seja ela pessoal (individual) ou social (coletiva), é construída no contexto das relações entre o “eu” e o “outro”, isto é, a identidade é sempre relacional.

Para Goffman (2008, p.11), a identidade social está ligada à categorização de pessoas na sociedade e em ambientes sociais diversos:

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados 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 autor ainda explica que a rotina das relações sociais nesses ambientes sociais estabelecidos permite que tenhamos relacionamento com outras pessoas da mesma categoria, sem que isso implique algum tipo de escolha resultante de reflexão. Porém, quando nos deparamos com um estranho, tentamos encaixá-lo em alguma das categorias existentes, definindo sua identidade social. Essas “preconcepções” são transformadas em expectativas normativas, ou exigências que se apresentam de modo rigoroso (GOFFMAN, 2008, p.12).

No entendimento de Goffman, são criados dois tipos de identidade social: virtual e real. A virtual se refere à caracterização que se pode fazer do indivíduo, e a real se relaciona com aquela que de fato encaixa o indivíduo em sua real categoria. Aquele indivíduo que demonstra pertencer a uma categoria,

mas possui atributos incomuns ou diferentes é pouco aceito pelo grupo social, sendo estigmatizado e muitas vezes anulado do contexto social.

No que tange a esta pesquisa, parte-se do pressuposto de que o conceito de estigma pode ser aplicado ao caso daqueles que sofreram queimaduras graves, pois, numa sociedade em que a aparência corporal tem grande importância, aqueles que de certa maneira não estão inseridos dentro do ideal de perfeição corporal tendem a ser excluídos socialmente. Por sua vez, a situação em que ocorreu a queimadura pode ser um agravante nesse processo de exclusão social associado ao estigma.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 O MÉTODO

O objetivo deste trabalho, como se viu anteriormente, foi compreender a experiência e a percepção de um determinado grupo sobre um dado específico presente na biografia de todos os sujeitos, que é o fato de terem sofrido queimadura. Teve como meta interpretar os significados atribuídos por indivíduos queimados ao processo vivido. Para atingir tal objetivo, optou-se por uma pesquisa social de cunho qualitativo. A escolha deveu-se ao fato de que o estudo se concentra em um pequeno grupo homogeneizado por sua condição de saúde, necessita de abordagem empírica em profundidade e não pode ser reduzido a números, escalas e experimentos.

A história de vida tópica foi escolhida como estratégia de compreensão da realidade desse grupo. Ela pode ser usada como técnica ou método e tem como principal função retratar as situações vivenciadas, bem como as definições fornecidas por pessoas, grupos ou instituições.

A história de vida tópica pode ser, segundo Minayo (2008, p. 154) a melhor abordagem para se compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e o declínio de uma relação social e as respostas situacionais à vida cotidiana.

A história de vida pode ser tanto escrita como verbalizada e ocorre em duas versões: a história de vida completa, que retrata todo o conjunto a experiência vivida e a história de vida tópica, que dá ênfase a uma determinada etapa ou setor da vida da vida pessoal do entrevistado. Por se considerar mais adequada à pesquisa, a história de vida tópica foi escolhida como método de investigação (MINAYO et al, 1994, p. 58). No caso dessa pesquisa, o foco foi em momentos do acidente causador de queimadura e pós-acidente vivenciados pelo paciente, bem como seu processo de reabilitação.

2.2 LÓCUS DA INVESTIGAÇÃO

O local da investigação foi a Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Esta Unidade, inaugurada em 1982, é, hoje, centro de referência em tratamento e reabilitação de pacientes que sofreram queimaduras. Para essa Unidade do HC, que possui dez leitos, são enviados os casos mais graves de todas as partes do Brasil, mas especialmente do Estado de São Paulo.

Nesse local, encontram-se internados indivíduos de ambos os sexos e idades diferenciadas, que tiveram como causas das queimaduras acidente de trabalho, tentativa de homicídio, tentativa de suicídio, acidente com materiais inflamáveis, entre outras. A Unidade conta com o apoio de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos contratados e residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo. Além de procedimentos emergenciais, cirurgias reparadoras e internamentos, lá também funciona o ambulatório, no qual são tratadas as feridas e cicatrizes dos pacientes com sequelas funcionais e estruturais.

2.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Para compreender qual a percepção de pacientes que estão em reabilitação de queimaduras sobre sua imagem corporal e a significação subjacente ao processo, frente ao corpo deformado, definiram-se como critérios de inclusão dos sujeitos desta investigação: pacientes que estiveram internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto após o acidente, mas hoje se encontram em reabilitação, maiores de 18 anos, homens e mulheres, capazes de compreender e de se expressar, e que concordaram em participar da pesquisa.

Apenas 10 sujeitos atenderam aos critérios estabelecidos. Destes, 6 pacientes frequentam a fisioterapia e a terapia ocupacional, 1 paciente esteve internado para cirurgia reparadora, 1 paciente foi entrevistada em um retorno ambulatorial, 1 paciente foi visitado por mim, juntamente com outra

pesquisadora, em sua residência e com 1 a entrevista se deu por meio de conversas informais, após várias tentativas frustradas de se marcar um entrevista formal.

Os sujeitos selecionados já experimentaram tanto o cuidado dentro do hospital, como na família e na vida pessoal. Puderam trazer o relato de sua experiência da queimadura dentro e fora do ambiente hospitalar.

Foram excluídos da pesquisa todos os pacientes que tiveram diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico, identificados através da leitura dos prontuários. A exclusão desses pacientes se deu porque, como o trabalho está ligado à autoimagem corporal, aqueles que sofrem distúrbios psiquiátricos poderiam introduzir na pesquisa distorções indesejáveis.

2.4 TÉCNICAS DE PESQUISA

A primeira técnica de pesquisa utilizada, como estratégia de familiarização da pesquisadora com o que lhe causava estranhamento, foi a observação direta. Essa observação ocorreu na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) durante os meses de julho de 2011 e fevereiro de 2012.

Para VÍCTORA et al., a observação significa examinar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, tendo como objetivo descrevê-los (2000, p.62). A observação inerente ao trabalho de campo é definida por esses e outros autores não como uma observação comum, mas sim aquela voltada para a descrição de um problema que foi previamente definido pelo pesquisador, exigindo para isso um treinamento específico. Sendo assim, é necessário problematizar antes do ato de observar. É essa problematização prévia que vai dirigir o olhar para aquilo que costumávamos deixar passar despercebido frente ao nosso objeto de pesquisa. Nessa técnica existe a necessidade de o pesquisador olhar para o contexto estudado mantendo ao mesmo tempo certo distanciamento e aproximação (DURHAM, 2004).

A observação ocorreu principalmente nas sessões de fisioterapia e na sala de espera do ambulatório. Durante vários meses da pesquisa o Hospital

das Clínicas encontrou-se em greve, e, dessa forma, só recebia pacientes agudos, casos de urgência e emergência, não internando pacientes que já estavam em reabilitação para cirurgias reparadoras.

No campo, foi possível observar o ambiente em que se expressam a ação, as linguagens, as interações dos pacientes e da equipe dos profissionais de saúde, conhecer sua história de vida e a história do seu acidente. Essa observação ocorria principalmente durante as sessões de fisioterapia e na sala de espera do ambulatório, quando os pacientes, apesar de estarem em um ambiente em que transitavam seus pares, expunham seus sentimentos e sua vida em conversas com outros pacientes ou com profissionais que trabalhavam na unidade. Essas observações mostraram-se muito importantes, pois evidenciaram algumas contradições entre o que o paciente tenta passar e o que ele realmente vive em seu dia-dia.

Durante toda a coleta de dados, foi mantido um diário de campo, para anotações que favoreceram uma observação mais ampla durante todo o processo de pesquisa. O diário de campo, aqui entendido como outra técnica inerente à pesquisa de cunho qualitativo e, particularmente, à pesquisa antropológica, foi muito importante para anotações de questões que precisavam ser lembradas durante o processo de pesquisa, informações que precisavam ser destacadas e mais exploradas, sempre voltadas a valores, motivações, concepções do grupo, às situações observadas.

Depois de a pesquisadora estar familiarizada com o local da investigação, e da aceitação dos pesquisados em participar dela, foram realizadas entrevistas em profundidade, semiestruturadas, isto é, com um roteiro previamente elaborado, que deu margem à livre explanação dos sujeitos. As entrevistas ocorreram depois de alguns meses de acompanhamento nas sessões de fisioterapia e de ambulatório. Para um delineamento do perfil socioeconômico dos sujeitos foi feito, momentos antes da entrevista, um levantamento socioeconômico, por meio de um questionário. Nove entrevistas foram realizadas nas dependências da unidade, que nos eram disponibilizadas, e uma ocorreu no local de trabalho de um dos pacientes.

Com relação à escolha da entrevista, considerou-se que ela permite uma maior profundidade nas questões e é o instrumento mais adequado para a revelação de informações sobre assuntos complexos, como as emoções.

Como apontado por Maykut and Morehouse (p.80), o que caracteriza uma entrevista é a profundidade da conversa, trazendo à tona uma rica discussão de sentimentos e pensamentos. Além disso, estabelece uma relação de confiança entre pesquisador e pesquisado, o que propicia o surgimento de outros dados. De acordo com Silverman, as entrevistas realizadas com os sujeitos vão além de meras narrativas, constituindo um mundo social (SILVERMAN, 1993, p. 91 apud MILLER and GLASSNER, 1997, p.100).

Inicialmente, na coleta de dados, fez-se uso de um questionário semiestruturado, contendo perguntas que possibilitassem construir o perfil socioeconômico dos entrevistados.

Posteriormente, foram realizadas as entrevistas em profundidade, na tentativa de esclarecer pontos mais complexos e amplos da percepção do paciente sobre o contexto a ser pesquisado. As entrevistas, que tiveram caráter dialógico, foram feitas de forma individual, gravadas e posteriormente transcritas.

Entrevistar possibilitou gerar dados empíricos sobre o grupo pesquisado e seu mundo social, a partir do pedido para que as pessoas falassem sobre suas vidas após a queimadura. Essas entrevistas variaram de altamente estruturadas, padronizadas, subsidiadas por questionários quantitativamente orientados, até conversas guiadas semi-formalmente, ou desencadeadas como um fluxo livre de informação fornecida pelos pacientes. As narrativas elaboradas com base nas entrevistas assumiram o caráter de uma narrativa de vida construída oralmente, como é o caso desse estudo, mas todas são construídas *in loco*, como um produto da conversa entre entrevistador e entrevistado (HOLSTEIN and GUBRIUM, 1993, p. 113).

As entrevistas são perpassadas por uma questão de ética e sensibilidade. Mas, a comunicação entre entrevistador e entrevistado envolve, mais que confidencialidade e não julgamento, a necessidade de o entrevistado se sentir confortável e confiante o suficiente para falar. Além disso, é bom lembrar que, quando o sujeito responde ao pesquisador, ele se torna mais consciente das experiências e da realidade vivida, mediante as narrativas que elabora para descrever os sentidos de seu mundo social, e também das experiências de mundo das quais ele faz parte (BLUMMER, 1969, p. 22 apud GLASSNER, 1997, p.106).

A entrevista proposta como modelo (Apêndice A) contém perguntas que ajudam a construir um perfil socioeconômico dos entrevistados e, também, questões mais amplas a serem respondidas de forma aberta pelos participantes.

As anotações da observação e das entrevistas transcritas na íntegra forneceram os dados que foram analisados por meio da busca progressiva de sentidos e significações, entendendo-se os primeiros como aqueles expressados pelos sujeitos em suas condutas e falas e as segundas, como as estruturas de significação às quais remetem os sentidos (GEERTZ, 1978 e 1999; COSTA, 2002).

A análise se processou pela leitura repetida das entrevistas e registros de observação, seguida da procura de convergências e divergências entre os dados dos sujeitos e, finalmente, pela construção de unidades de significados, que permitiram elaborar a interpretação final.

2.5 ÉTICA NA PESQUISA

Neste trabalho, a identidade de todos os sujeitos foi ocultada, especialmente porque existe um foco da pesquisa ligado à relação profissional de saúde-paciente e, nesse caso, a exposição dos pacientes poderia acarretar-lhes prejuízos.

Para seguir as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, que foram estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi requerida e aprovada autorização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo de aprovação de nº 1280/2011). Todos os sujeitos que cumpriram os critérios de inclusão foram orientados sobre a pesquisa e, tendo aceitado participar, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantida a todos os participantes uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pela pesquisadora e pelo entrevistado.

3. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos nas visitas à Unidade de Queimados, localizada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, caracterizados os sujeitos desta pesquisa, e apresentados os dados resultantes das entrevistas realizadas com os pacientes atendidos na Unidade.

3.1 A UNIDADE DE QUEIMADOS

A Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas De Ribeirão Preto (HCFMRP), lócus dessa pesquisa, está vinculada à Universidade de São Paulo e transformou-se em centro de referência para o tratamento de pacientes que sofreram queimaduras.

Esta Unidade de Queimados atende os casos mais complexos e graves de queimaduras e, desde a sua inauguração, em 1982, já tratou e recuperou pacientes com áreas corporais queimadas de até 80%. Para isso, são realizadas cirurgias reparadoras imediatas e reconstrutivas tardias, nas quais importantes técnicas foram aprimoradas no serviço. As mais atuais são o uso de enxerto de pele do couro cabeludo para reconstituição de queimaduras da face e pescoço e enxerto de pele da sola do pé para cobrir defeitos da palma da mão.

Essa Unidade conta com 6 quartos, que dividem um banheiro a cada 2 dormitórios e contém cerca de 10 leitos, sendo um desses dormitórios, a UTI, com um leito. Além dos dormitórios, existe uma sala de uso dos pacientes com televisão, cadeiras e uma estante com livros e brinquedos, uma cozinha de uso coletivo dos funcionários com micro-ondas, geladeira, filtro de água e que diariamente é abastecida com pão, café, chá e bolachas e é onde ocorre normalmente a socialização dos funcionários. Como os pacientes, normalmente, praticam uma dieta restrita, quando querem comer ou beber algo, sempre pedem a permissão para algum dos auxiliares ou enfermeiros que conservam sucos, água e frutas em uma geladeira dentro do balcão do posto

de atendimento; ali também ficam armazenados os medicamentos. Existem ainda duas salas onde estão os materiais e curativos, uma sala de cirurgia, na qual são realizadas as cirurgias (normalmente no turno da manhã), uma sala na qual se desenvolvem atividades com a terapeuta ocupacional, que costuma atender os pacientes na parte da tarde, e uma sala na qual as atividades de fisioterapia acontecem, local onde passei boa parte do tempo de observação, além de dois consultórios geralmente utilizados para as consultas ambulatoriais.

Para entrar na Unidade, é necessário vestir uma roupa específica com calça, blusa, touca e pró-pé (um tipo de meia que se coloca por cima dos sapatos) para que funcionários e visitantes não sejam responsáveis por levar bactérias para dentro da unidade, já que boa parte dos pacientes internados ali costuma estar com o sistema autoimune bem debilitado. Da mesma forma, para que as bactérias que possam estar dentro da unidade não sejam levadas pelo funcionário/visitante para o convívio social, essas roupas são despejadas na lavadeira logo após a saída e toucas e pró-pé descartados no lixo. Já para os familiares que visitam os pacientes são distribuídos aventais, tocas e pró-pé. As visitas ocorrem das 14 às 20h, diariamente, e só são permitidos acompanhantes para menores de idade.

Por ser um centro de referência no atendimento a queimaduras e pela sua localização, a Unidade se encontra boa parte do tempo com sua lotação máxima. É comum pacientes que chegam com uma queimadura aguda na unidade aguardarem leitos por 1 ou 2 dias ou serem transferidos para outros hospitais, em outras cidades do Estado por falta de vaga. Durante o período da observação, pude presenciar três casos assim. Entretanto, já observei a unidade funcionar abaixo de sua lotação máxima, por alguns dias.

O quadro de funcionários é composto por 3 médicos contratados, 6 enfermeiros, 17 auxiliares de enfermagem, 1 técnico de enfermagem, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicóloga, cerca de três residentes que ficam por um período determinado. Como está ligada ao Departamento de Cirurgia Plástica da Universidade de São Paulo existem muitos estudantes que fazem seus estágios e aprimoramentos na Unidade, assim como alunos de graduação e docentes em aulas que lá acontecem. Normalmente, são alunos de medicina, fisioterapia e psicologia.

O cotidiano da Unidade é marcado por rituais variados, em que se destacam as atividades de cuidado. Os principais procedimentos e atendimentos ao paciente são feitos na parte da manhã: atendimento do ambulatório, cirurgias, banhos, curativos, fisioterapia. Normalmente o período matutino é o mais agitado e quando boa parte da equipe se encontra presente. É também, por vezes, o mais complicado para os pacientes, pois é o horário dos curativos e do banho que segundo relatos, é a hora que o paciente sente mais dor. Por esse motivo ficam mais agitados, choram e gritam algumas vezes. É um período que costuma ser mais tenso.

Na parte da tarde são abertas as visitas e os atendimentos com a terapeuta ocupacional e o movimento da equipe e dos pacientes é menor. É nessa hora que os pacientes costumam sair dos seus leitos para dar um passeio pela unidade, assistir televisão e fazer alguma atividade de lazer.

3.2 A PESQUISA NA UNIDADE DE QUEIMADOS

Ao iniciar a pesquisa na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP), senti-me um tanto deslocada: poucos membros da equipe falavam comigo ou davam abertura para que eu iniciasse uma conversa.

A primeira pessoa com quem conversei foi o enfermeiro chefe da unidade, que trabalha na equipe há muitos anos. Como ele já sabia que eu começaria a pesquisa foi muito atencioso, me perguntando sobre a pesquisa e dando algumas dicas sobre o funcionamento padrão, os horários, rotinas e sobre alguns pacientes que se encontravam internados. Colocou-se à disposição e me sugeriu que frequentasse a unidade na parte da manhã, uma vez que os pacientes os quais poderiam se encaixar como sujeitos da minha pesquisa seriam aqueles que já estavam em reabilitação e que frequentavam o ambulatório, naquele período.

Passei a ir pela manhã e a tentativa de aproximação com os pacientes se mostrou meio falha, pois eles eram atendidos em sequência pela ordem de chegada e não tinham muito tempo para conversar e me conhecer. Conversando com uma das graduandas que estavam fazendo estágio na

fisioterapia, tive a ideia de acompanhar os atendimentos que se davam naquela sala, assim, como pacientes passavam em média de 15 a 30 minutos na sala com a fisioterapeuta, e já estavam em reabilitação há algum tempo, eu teria tempo de conversar, me apresentar, falar sobre a minha pesquisa e eu imaginava que isso tornaria mais fácil a aceitação. Acompanhei por cerca de três meses os atendimentos e, como dependia da vinda do participante para a consulta, para que a entrevista acontecesse, tive muitas vezes que lidar com as faltas desses pacientes. Boa parte dos pacientes frequenta a fisioterapia com certa regularidade, mas muitos acabam faltando por dificuldades de transporte, problemas na família ou desistem do tratamento sem ter tido alta.

Percebi que o relacionamento da equipe, internamente, costuma ser bom, embora sejam mais sociáveis entre si. Assim como os médicos e residentes que costumam se dirigir apenas à equipe regular. Um ou outro médico conversava comigo ou com as estagiárias da fisioterapia e só um médico, uma enfermeira e a fisioterapeuta me perguntaram do que se tratava meu trabalho lá.

Era interessante observar a relação da equipe com os pacientes. Normalmente, tratavam muito bem todos eles, mas mostravam-se irritados com algumas atitudes dos pacientes e teciam comentários entre eles a respeito. Acompanhei, diversas vezes, alguns pacientes gritando muito e chorando de desespero, querendo sair da cama. Em um episódio, a paciente estava tão agitada que quase caiu da cama e precisou ser sedada. Uma das auxiliares deixou escapar “Santa Teresa está perdendo de longe disso aqui hoje”, ou um “haja saco” em um momento que a paciente solicitava uma atenção maior da auxiliar. Era possível também nesses momentos perceber a expressão facial que demonstrava desgosto ou falta de paciência em determinada situação. Os médicos residentes, às vezes, eram ríspidos quando estavam conversando com a equipe sobre alguns pacientes. Mas, na maioria das vezes, presenciei atendimentos adequados, tanto dos médicos como dos enfermeiros.

Um exemplo de acontecimento traumático observado durante a pesquisa foi quando uma auxiliar de enfermagem perguntou como estava uma das pacientes internadas há tempos na UTI - uma senhora que tinha necrose na queimadura e já passara por diversas cirurgias, sem sucesso - e o médico disse que por ela já não tinha mais o quê fazer, porque ela não tinha melhora.

Na mesma semana essa paciente morreu. Foi a primeira vez que presenciei o falecimento de um paciente, durante a minha observação.

Acompanhei casos que me chocaram, como o de uma moça de 32 anos vítima de estupro, espancamento e tentativa de homicídio por fogo. Ela ficou boa parte do tempo entubada e sofria com as sequelas da agressão e das queimaduras, gritava, chorava muito e tentava sair da cama, precisando ser contida pela equipe médica. Muitas crianças foram internadas também nesse período.

Boa parte dos casos de queimaduras entre homens que lá estiveram internados durante esta pesquisa resultou de acidente de trabalho e, entre as mulheres, de acidente doméstico, agressão e tentativa de suicídio. Notei um menor número de mulheres atendidas no ambulatório, do que de homens. Pude acompanhar, ainda, um grande número de queimados por brasa ou fogo vindo de churrasqueira, internados no início da semana.

Segundo uma enfermeira, boa parte dos pacientes, que tentaram suicídio por fogo, é portadora de algum diagnóstico psiquiátrico. Algumas vezes, foi possível confirmar o diagnóstico no prontuário e, outras vezes, isto era apenas alegado pela equipe ou pelo paciente, sem que fosse documentado.

Pude inteirar-me, enquanto lá estive, do caso de um pai que foi salvar filhos e sogra de um incêndio em sua casa e teve 70% do corpo queimado e, depois de alguns dias na UTI, fez um requerimento de alta, mesmo sem a alta médica. Também acompanhei um caso de tentativa de suicídio por um rapaz que explodiu o botijão de gás e teve quase 70% do corpo queimado.

Na Unidade, houve diversas cirurgias, no período da pesquisa. Lá são feitos dois tipos de cirurgias: os desbridamentos e as cirurgias reparadoras. Desbridamento é o procedimento cirúrgico que remove da ferida o tecido desvitalizado ou o algum material estranho que possa haver no organismo. No caso do paciente com queimadura, essa cirurgia visa “limpar” a área do corpo que vai poder receber um enxerto, realizado por meio da cirurgia reparadora.

Normalmente as áreas doadoras são cabeça, parte superior e inferior da coxa, parte inferior da panturrilha. A pele tirada da cabeça é considerada a melhor para o enxerto, pois é a mais forte, a mais clara e tem rápida epitelização. Como é a pele mais clara, costuma ser usada para enxertar em

áreas mais aparentes, como rosto, pescoço. Apesar de a pele da cabeça ser a mais adequada para os enxertos, ouvi muitos relatos de pacientes que se recusavam a usá-la por motivos estéticos, já que é necessário fazer uma raspagem dos cabelos. Alguns relataram que foi um dos maiores choques depois da cirurgia se ver sem os cabelos.

Por ser a única unidade com instalações próprias e equipe médica e paramédica especializada, a Unidade de Queimados do HCFMRP exerce importante função social. A unidade costuma receber pacientes de todo o interior do Estado de São Paulo, em sua maioria, mas também abriga pacientes de outros estados, como Minas Gerais e Paraná, sendo apenas 48% dos pacientes internados de Ribeirão Preto e região. São atendidos tanto adultos como crianças.

Um estudo realizado na Unidade Queimados do HCRP (ROSSI, 1998), entre novembro de 1991 e dezembro de 1993, coletou, mediante o exame de prontuários, informações sobre idade, área corporal atingida pela queimadura, profundidade, extensão da queimadura, agente causador e circunstância ou tipo de acidente de 138 pacientes internados na Unidade. Entre os pacientes identificados na pesquisa, meninos entre 7 e 11 anos foram os mais atingidos, sendo que todos os pacientes foram vítimas de queimadura por acidente doméstico, causada por agente térmico. A água fervente foi o principal agente responsável de queimaduras em crianças de 0 a 11 anos, sendo que foram atingidas principalmente crianças menores de 3 anos de idade. O álcool predominou entre os acidentes com crianças de 7 a 11 anos, como mostra a figura abaixo:

FIGURA 1. Distribuição dos pacientes menores de 11 anos atendidos na unidade de queimados do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, conforme agente térmico causador da queimadura e faixa etária. Os dados foram coletados entre 1991 e 1993

Fonte: Rossi, 1998.

Entre pacientes com idade superior a 11 anos o principal agente causador da queimadura foi o térmico, sendo o domicílio o local com maior número de acidentes. Porém, em adultos com idade de 20 a 39 anos, pode-se notar, segundo a pesquisa, que a situação da queimadura ocorreu, principalmente, no ambiente de trabalho:

FIGURA 2. Distribuição dos pacientes com idade superior a 11 anos, de ambos os sexos, atendidos na Unidade de Queimados do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, conforme tipo de acidente e agente causador da queimadura. Os dados foram coletados entre 1991 e 1993

Fonte: Rossi, 1998.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os dados coletados sobre os sujeitos desta pesquisa coincidiram com os de outros estudos e permitiram perceber que a maioria dos acidentes que resulta em queimadura está relacionada a acidentes de trabalho, vitimando, geralmente, uma população com pouca escolaridade e que, após o acidente, deixa de trabalhar devido às sequelas da queimadura. Nesta pesquisa, a maior parte das vítimas é constituída por homens, como é possível verificar nos quadros demonstrativos a seguir:

Quadro 1. Características socioeconômicas dos pacientes entrevistados (cont.)

Paciente	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Trabalha?
A	57	Masculino	Casado	Ensino Fundamental incompleto	Pedreiro	Não
B	28	Feminino	Solteira	Ensino Médio incompleto	Auxiliar de limpeza	Não
C	52	Masculino	Casado	Ensino Fundamental incompleto	Operador de caldeira	Não
D	52	Masculino	Casado	Ensino Médio	Eletricista aposentado	Não
E	50	Feminino	Separada		Dona de casa	Não
F	28	Masculino	Solteiro	Ensino Médio	Líder de turno – químico e biológico	Sim

Quadro 1. Características socioeconômicas dos pacientes entrevistados (final)

G	36	Feminino	Casada	Mestrado	Enfermeira e Professora Universitária	Sim
H	23	Masculino	Solteiro	Ensino Médio	Estudante	Não
I	25	Feminino	Casada	Ensino Médio	Depiladora	Sim
J	49	Masculino	Casado	Ensino Médio	Mecânico	Sim

Quadro 2. Características das queimaduras dos pacientes entrevistados (cont.)

Paciente	Motivo da Queimadura	Agente da queimadura	Área da queimadura	Tempo da queimadura (em 2011)
A	Acidente de trabalho	Choque elétrico	Mãos e barriga	2 anos
B	Acidente de trabalho	Produto químico e superfície quente	Dedo mindinho	1 ano
C	Acidente de trabalho	Vapor quente	Rosto, pescoço, tórax, braços e mãos	1 ano
D	Acidente de trabalho	Choque elétrico	Mãos e pernas	32 anos
E	Tentativa de suicídio	Álcool e fogo	Rosto, pescoço, braços, tórax, costas	2 meses
F	Acidente de trabalho	Agente químico	Tórax, braços	2 anos

Quadro 2. Características das queimaduras dos pacientes entrevistados (final)

G	Acidente de trabalho	Chama direta	Rosto, pescoço, tórax, braços	1 ano
H	Acidente doméstico	Água fervente	Braços	23 anos
I	Acidente	Chama direta	Rosto, pescoço, braços, tórax	2 anos
J	Acidente de trabalho	Chama direta	Mãos, braços, pés	1 ano

3.4 HISTÓRIAS DE VIDA

Para que o leitor conheça as histórias de vida dos sujeitos, elas serão apresentadas resumidamente, mas de forma que seja possível compreender, durante a análise dos dados, os contextos nos quais esses pacientes estavam inseridos. Os nomes foram omitidos e as iniciais não correspondem ao verdadeiro nome do paciente, para preservar a identidade e a história de cada um deles, como foi combinado previamente durante a assinatura do termo de consentimento.

SUJEITO 1: A.

A., homem, 57 anos, casado, dois filhos, cursou até a quarta série o ensino fundamental e hoje se define como pedreiro aposentado. Nascido no interior do nordeste, no início de seu depoimento narra, com pesar, que, por ser de baixa condição econômica e um dos filhos mais velhos da família, trabalhou desde muito cedo na roça e não teve condições de estudar. Ainda adolescente saiu do nordeste rumo à cidade de São Paulo, se casou, teve filhos e após se separar-se e conhecer sua nova esposa, mudou-se para o interior há 13 anos.

Exerceu a profissão de pedreiro até o acidente, em 2009. Ele, que sofreu um choque elétrico de quase 14.000 volts e caiu de uma altura de 9 metros, teve sua mão (por onde a corrente penetrou) e parte de sua barriga (por onde

ela saiu) queimadas, além de várias fraturas nos braços, pernas, maxilar devido à queda.

Para A., é nítida a separação de sua vida antes e depois do acidente que causou a queimadura, concebida como um importante marco em sua biografia, que separa a vida produtiva da improdutiva. Ele conta que, antes da queimadura, passava quase 20 horas trabalhando, diariamente, e que mal conseguia ver a família, atribuindo a sua ausência problemas escolares de seu filho mais velho. Segundo seu relato seu filho reclamava muito da sua falta, já que eles quase não se viam, pois quando saía, ainda de madrugada, o filho ainda não havia acordado, e quando chegava ele já estava dormindo.

Em sua avaliação da queimadura, atribui positividade quando narra que ela lhe fez perceber a necessidade de mudar seu ritmo de vida e valorizar mais o tempo livre, assim como a vida em família. Este sujeito expressa a concepção de que certas coisas acontecerem com um propósito e que talvez o acidente dele tenha sido um desses propósitos de enxergar a vida de outra maneira.

A. atribui a Deus o fato de o acidente não ter sido tão grave, já que, segundo ele, muitos caem uns poucos metros e morrem e ele caindo de nove, sobreviveu. Não só o fato de ter sobrevivido ao acidente, como também de passar por diversas cirurgias nas mãos, na barriga, nas pernas e no rosto, e ter conseguido ficar longe a família durante os três meses que ficou internado (foi acometido por uma infecção hospitalar após uma cirurgia no fêmur). Segundo ele foi a força que Deus lhe deu que fez com que ele superasse tudo isso.

A. conta que passou momentos em que ele não conseguia fazer nada sozinho, nem tomar banho, durante a internação, pois teve sua mão colada à sua coxa num procedimento que visava à recuperação da pele da mão, pois o primeiro procedimento de enxertia não tinha obtido sucesso. Procedimento que, entretanto, também não obteve sucesso, fazendo com que ele passasse por mais uma cirurgia reparadora. Para ele, a cirurgia reparadora constituiu um dos piores momentos de dor durante o processo de recuperação, quando qualquer movimento de mão ou pernas causava dor.

Outro momento de grande sofrimento que relata era o momento do curativo, especialmente depois dos enxertos. Segundo A., após a cirurgia as áreas de enxerto, especialmente a barriga coçavam muito, e ele, no desespero

para aliviar, acabava machucando e prejudicando toda a recuperação da pele. Essa dor, só controlada por medicação, acabava por causar outro problema agravando sua gastrite com os mais de 10 comprimidos por dia. A. passou por diversas cirurgias nas mãos, nas pernas, nos braços e na barriga, utilizando áreas como cabeça e coxa para retirada de pele de enxerto, com previsão de mais uma para repor material retirado do punho.

Ele relata que um momento de muita dificuldade foi quando saiu do hospital e, por se locomover com cadeira de rodas, precisou ser auxiliado por diversas pessoas. O fato de depender de outros é realçado em seu depoimento como um grave prejuízo a quem sempre foi ativo e independente, com faz questão de sublinhar.

Outra dificuldade ressaltada por A. está relacionada aos olhares curiosos que querem saber sua queimadura. Ele conta que, no início, era mais complicado, mas que depois de começar a frequentar a Unidade de Queimados, já se acostumou, visto que lá ele sempre encontra alguém em pior situação que a sua, e isso o conforta. A. se declara conformado com sua imagem corporal, porque vê no acidente uma forma de Deus mostrar para ele que precisava mudar de vida, e que foi escolha de Deus deixa-lo assim.

Ele conta que sempre obteve mais suporte das outras pessoas por ter sobrevivido ao acidente, do que algum tipo de preconceito com relação a sua imagem corporal. Deixa claro que o medo de não andar mais, devido aos traumas que sofreu, era maior do que da possibilidade de ficar com marcas e cicatrizes no corpo, apesar de se mostrar um pouco incomodado quando conta que provavelmente vai precisar de uma enxertia na qual a área doadora vai ser coxa, e que depois disso a marca vai ficar aparente e que se for a uma praia, por exemplo, as pessoas vão reparar.

SUJEITO 2: B.

B., mulher, 28 anos, solteira, ensino médio incompleto, era auxiliar de limpeza antes da queimadura.

Quando a conheci já havia escutado um pouco a seu respeito no hospital, como “a moça que fala demais”. Diziam por lá, que ela só havia queimado o dedo e que parecia que sua diversão era vir pra conversar com a equipe e os outros pacientes.

Na primeira vez que a vi, notei que ela cobria o dedo com uma gaze, o que me deu a impressão de que o acidente havia acontecido há pouco tempo. Entretanto, conversando, soube que havia ocorrido há algum tempo e lhe perguntei o porquê de continuar usando a gaze, quando ouvi ela cobria porque achava muito feio o dedo queimado e isso evitava que as pessoas fizessem quaisquer comentários a esse respeito. Nesse momento, apesar de ela não ser um grande queimado, como era o foco da pesquisa, percebi que sua história de vida poderia agregar muito ao trabalho.

À época do acidente, exercia o cargo de auxiliar de cozinha em um estabelecimento comercial da cidade onde vive; hoje se encontra afastada pelo INSS. A jovem, que teve um dedo deformado pela queimadura, diz que encontra muita dificuldade ao procurar emprego e sente insegurança em relação isso, pois acredita que ninguém vai confiar-lhe uma função como a que exercia antes, enquanto seu dedo estiver deformado. B., que também já exerceu a função de garçoneiro, acredita que a aparência é essencial na vida profissional e pessoal, e por isso sente-se deslocada desde o acidente.

Em seu depoimento, explicita o fato de que a própria família, usando o pretexto da brincadeira, agir no sentido de ridicularizar sua aparência física em razão da cicatriz no dedo. Tal fato a incomoda bastante e que faz com que sua autoestima, já baixa, fique ainda menor... Ela caracteriza sua experiência ora como um fardo que ela deveria carregar e que Deus ofereceu-lhe para que desse sentido à vida, ora como um castigo que ela sofreu por alguma má ação perante Deus.

SUJEITO 3: C.

C., homem, 52 anos, casado, pai de quatro filhos adultos, ensino fundamental incompleto, na época do acidente era operador de caldeira de uma usina.

Vivendo numa pequena cidade do interior, sofreu acidente durante o trabalho e hoje se mantém afastado das atividades laborais. De personalidade tímida, mostrou-se muito desconfortável ao falar de alguns temas durante a entrevista, especialmente quando falava sobre a dor e sobre sua imagem corporal. Durante todos os encontros falou muito sobre sua família e a dificuldade dos momentos em que teve que se afastar deles, durante a

internação. Alegava também que a família sempre deu muita força durante todo o processo e que a ajuda dos familiares foi essencial para sua recuperação e para a aceitação da nova imagem corporal.

Durante todo seu depoimento C. pareceu constrangido por diversas vezes e não conseguiu responder algumas das minhas indagações, mas principalmente quando o assunto tratado era o fato de viver com marcas na pele, momentos em que demonstrava muita tristeza no olhar. No entanto, também revelou certa conformação, afirmando que foi uma escolha de Deus para sua vida, e que ele nada poderia fazer além de respeitar essa vontade e aceitar o fato de viver sob essa pele.

SUJEITO 4: D.

D., homem, 52 anos, casado, 3 filhos, ensino médio completo.

Eletricista, atualmente D. está aposentado, apesar de sempre procurar alguma atividade profissional, sendo a impossibilidade de execução de muitas tarefas após o acidente, sua principal queixa.

Sua queimadura se deu durante o trabalho em uma empresa na qual trabalhava como eletricista, em 1979, quando em um descuido de armazenamento das mercadorias acabou sofrendo um choque elétrico. O choque, que entrou pelas mãos e saiu por uma das pernas, deixou como seqüela a amputação da perna esquerda e o atrofiamento dos músculos de ambas as mãos, além das marcas resultantes da própria queimadura.

Em sua fala, sempre muito bem humorado, D., diz que é a dificuldade funcional que mais o incomoda. Como sempre foi um homem de muito trabalho, tendo iniciado sua vida profissional cedo, durante os mais de 30 anos de aposentadoria diz que a vontade de querer exercer funções, que as condições de seu corpo não permitem, é uma das coisas que mais o chateiam.

Afirma acreditar que viver com deficiência hoje em dia é sempre um desafio. Sua avaliação muda completamente, entretanto, quando perguntado sobre sua imagem corporal atual. Depois de 33 anos convivendo com a nova aparência, D. se diz feliz com o que vê no espelho todos os dias, porém, se incomoda um pouco com as comparações que ocasionalmente surgem quando está em contato com outras pessoas, especialmente crianças. Ele diz que as crianças são mais curiosas ao perceberem suas marcas e sua perna mecânica,

embora acredite que explicar a situação é melhor maneira de derrubar qualquer medo ou preconceito que delas possam surgir.

D. também conta que após sua saída do hospital pela primeira vez, recebia muitas visitas, de amigos e conhecidos, que curiosos, buscavam ver qual era a situação do corpo dele após o acidente, escutando diversas vezes frases como: “nossa, até que pela gravidade do acidente ficou bom”, ou “eu nunca imaginei que um choque elétrico pudesse fazer um estrago assim”. Ele acredita que a melhor coisa que fez foi não se deixar abater pelas críticas, e agradece a Deus, por tê-lo deixado viver.

Ele fala de um dos seus maiores sonhos, que ainda pretende realizar: cursar uma faculdade. Chegou a passar em um vestibular para o curso de Educação Física, mas no dia da inscrição tinha um consulta e acabou perdendo a vaga. D., que é jogador de xadrez e ping pong aos finais de semanas, conta que outro ponto que o entristece é o preconceito que a sociedade ainda nutre frente as pessoas com alguma deficiência, não no que tange à imagem corporal, mas em sua relação com a capacidade de execução de tarefas, e que embora hoje exista um tentativa de inclusão desses indivíduos, ainda é muito raro isso acontecer na prática.

A fala deste sujeito é sempre otimista, no que diz respeito a sua imagem corporal, embora tenha dito em muitos momentos em que tivemos conversas informais e mesmo durante a entrevista que isso lhe incomoda. Percebe-se que seu maior incômodo não está exatamente relacionado às marcas que a queimadura deixou, mas sim a problemas que a amputação do membro inferior e o atrofiamento dos músculos da mão trouxeram.

Será que sua avaliação da própria imagem pode estar relacionada ao grande tempo passado desde o acidente? Talvez, pois nota-se que seu maior incômodo é a falta de trabalho e estar desacreditado de suas capacidades motoras, levando a sociedade a crer que ele é um “peso morto”. É evidente em seu discurso o preconceito social relativo ao homem que não trabalha e a falta de habilidade das pessoas em lidar com aquilo que lhe é estranho.

SUJEITO 5: E.

E., mulher, 50 anos, separada, uma filha, não informou a escolaridade.

E., que estava internada na Unidade de Queimados quando iniciei a pesquisa, me chamou muita atenção por ser considerada um grande queimado

e por tentado o suicídio com fogo, alegando sofrer de depressão. Num primeiro momento, como ainda estava fazendo o delineamento da pesquisa, ela acabou sendo excluída, já que um dos critérios de exclusão era ter diagnóstico de transtornos psicológicos. A informação acerca de sua depressão veio tanto dela como de um funcionário, que dizia acreditar que ela tivesse o diagnóstico. Naquele momento, ainda não familiarizada muito bem com os prontuários, apesar de checar, não havia achado a informação.

Após alguns dias na Unidade comecei a conversar com E., na sala de TV, onde os pacientes normalmente ficavam em seus momentos de lazer. Era interessante uma conversa ali, pois quando estavam em seus quartos geralmente dormiam, ou reclamavam de dor, já na sala de TV encontrávamos os pacientes que estavam em melhor condição física. Sempre sorridente, E. conversava com os funcionários, pedia água e insistia que queria ir embora dali, de volta para sua casa.

Acompanhando uma das fisioterapeutas, que ia atendê-la na sala, aproveitei para tentar descobrir um pouco mais sobre aquela paciente, mesmo acreditando que ela não entraria nos critérios de inclusão da pesquisa. Depois fiquei sabendo que ela nunca foi diagnosticada com transtorno psiquiátrico e nada constava em seu prontuário relativamente a diagnóstico de depressão

Residente em outro Estado, E. havia retornado ao hospital para realizar cirurgias reparadoras e cuidar das feridas que infeccionavam. Seu corpo foi queimado em toda a parte superior: parte do rosto, do tronco, dos braços, peitos, costas e também nas coxas e quadril. Tinha sofrido a queimadura há apenas dois meses e sua internação na Unidade já durava um mês.

E. iniciou sua história me contando sobre a dificuldade que era ser um grande queimado, seu sofrimento, as dores terríveis. Em seu relato, misturava o sofrimento causado pela queimadura com o familiar.

Seu drama se iniciou quando a filha casou e foi morar em sua casa com o marido. Logo após vieram os filhos, netos que eram sua “paixão” e por quem ela dizia fazer tudo. Declarou não aprovar o marido da filha, que costumava beber e agredir a mulher, situação que lhe causava certo nervosismo a partir do qual ela acreditou estar desenvolvendo uma depressão.

Depois de muitas intervenções de E. sobre o casal, a filha e o marido decidiram deixar a casa dela, levando os filhos. Ela descreve esse momento

como o que desencadeou finalmente sua depressão. Pergunto para ela se foi buscar ajuda médica para diagnosticá-la com depressão e dar-lhe tratamento adequado e ela me diz que não. Começo então a questioná-la sobre quais eram esses sintomas e ela me diz que sentia muito nervosa, não conseguia ficar parada, brigava com todos, revoltando-se porque ela queria tirar os netos da casa da filha para viverem com ela e a filha não permitia.

Suas atitudes, reconhece, causaram o afastamento da família da filha, que acabou dificultando o encontro da mãe com os netos, cessando a convivência diária. E., alegando depressão, conta que ateou fogo ao próprio corpo, dentro de casa. Foi acudida por vizinhos que a levaram para o hospital. Ela alegou que acreditava que, assim, a filha retornaria para viver junto da mãe com os netos, para que ela pudesse ter os cuidados devidos.

Para sua surpresa e tristeza, apesar de acreditar que a “depressão” e o acidente trouxessem a família para perto, o que realmente aconteceu foi o contrário. A filha se afastou mais, por “vergonha”, segundo E., das marcas do acidente e da tentativa de suicídio. A filha não saía na rua com a mãe, não deixava os netos ficarem perto e começou a acusar a mãe de ser maluca por ter colocado fogo em si mesma. E. entende que passou a sofrer preconceito da própria família, segundo relata, e respondeu isolando-se em sua casa. Uma de suas maiores queixas, durante o depoimento, era o fato de ter que voltar para casa e viver sozinha. Ela reclamava que a cidade em que vivia era pequena, por isso todos conheciam sua história e sofria preconceitos.

No dia seguinte a uma de nossas conversas, voltei à Unidade e fui a sua procura para dar continuidade à entrevista. Porém, fui notificada de que a paciente recebera alta e a ambulância de sua cidade havia vindo para levá-la.

Sua história, que me tocou muito, talvez por ser a única entrevista com um paciente que tentou suicídio, talvez pelo carinho com que ela falava dos netos e da tristeza que foi para ela o afastamento deles, talvez, ainda, pelo fato de ela ter se autodiagnosticado com depressão e usado isso como um argumento para justificar sua tentativa de suicídio. Seus relatos indicavam uma tentativa muito maior de chamar a atenção da família do que propriamente de tirar a própria vida.

SUJEITO 6: F.

F., homem, 28 anos, solteiro, pai de dois filhos, Ensino Médio completo, exerce o cargo de líder de turno químico-biológico em uma Usina da região onde vive. É um dos quatro sujeitos que se mantêm trabalhando após a queimadura.

F. foi um dos primeiros pacientes com quem tive contato quando iniciei a pesquisa no hospital. Antes de gravar seu depoimento, sempre conversávamos muito durante suas sessões de fisioterapia, e em todos os momentos eu sentia que ele queria contar sua história. Sempre deixou claro que o preconceito que um indivíduo queimado sofre é evidente, e que era muito difícil viver em uma sociedade que preza tanto os padrões de beleza. Dizia-me que gostaria de contar sua história para que assim pudesse ajudar outras pessoas que passam pelo mesmo caminho que ele vem passando. Situação que segundo ele, refletiu diretamente em sua maneira de ser e da qual procurou tirar uma lição de vida. Afirma, também, que sua crença em Deus ajudou-o a superar o sofrimento.

O jovem sofreu a queimadura enquanto trabalhava tentando abrir um tanque de ácido, que arrebentou e derrubou todo o conteúdo sobre seu corpo, causando-lhe queimaduras graves no pescoço, braços e tórax. E. relata ter ouvido do médico que o atendeu que ele tinha apenas 1% de chance de sobreviver, já que o ácido continuou agindo em seu corpo, mesmo depois do acidente e corria o risco de morte, se atingisse a corrente sanguínea ou outros órgãos...

Essa ameaça de morte em consequência das queimaduras é um dos fatos a que ele mais se apegava, pois, segundo F., naquele primeiro momento não importava como ele sairia dali; só queria sair com vida.

Ele conta que só conseguiu superar os momentos de dificuldades durante a internação porque teve muito apoio da equipe médica e especial dos colegas de quarto, que o ajudavam a se alimentar, a conversar e com quem desenvolveu uma cumplicidade muito grande durante os quase três meses que ficou internado.

F. chegou a chorar enquanto me contava sobre o momento em que voltou para sua cidade e foi recebido por várias pessoas que olhavam para ele chorando, agradecendo a Deus por ele estar bem. Ele, que não se conformava com as cicatrizes, diz que teve muita dificuldade para voltar a se relacionar

amorosamente com alguém, já que acredita que ficar com ele seria um fardo, que ninguém era obrigado a carregar. Para ele, enfrentar todos os preconceitos advindos das cicatrizes do acidente é o preço que pagou por sua vida. Mas, diz que hoje tenta se importar muito mais com as pessoas que o apoiam e estão ao seu lado do que aquelas que o apontam na rua, desqualificam ou julgam pela aparência. Porém, evita qualquer exposição do corpo quando está em público e sente-se intimidado a tirar a roupa em lugares públicos, como um clube.

SUJEITO 7: G.

G., mulher, 36 anos, casada, sem filhos, exerce a profissão de enfermeira e professora universitária. Tem título de mestrado, perfil atípico de paciente na Unidade. Sofreu a queimadura durante seu expediente em um Posto de Saúde de sua cidade, quando, por ser a única pessoa capacitada na Unidade, preciso corrigir um problema em uma troca na instalação do gás do Posto, e teve braços, mãos, pescoço e rosto queimados quando o cilindro virou um lança-chamas.

Como enfermeira, G. conhecia os procedimentos e, com a ajuda de algumas pessoas que estavam no local, começou os primeiros socorros. G conta que nem o médico que estava presente no local sabia como agir, e assim pediu que uma ambulância a levasse para um hospital com atendimento mais adequado. Mesmo após chegar ao hospital, notou que o serviço não dispunha de funcionários com conhecimento sobre assunto, até que um médico ortopedista resolveu assumir seu caso.

G. teve problema com a cicatrização de um dos braços, que durante meses e depois de várias sessões de cama hiperbárica não melhorava, e quando o médico responsável disse não saber mais o que fazer, ela pediu para ser avaliada na Unidade, conseguindo sua cirurgia.

Pessoa extremamente ativa, antes do acidente, G. disse que sua vida mudou completamente depois, já que durante os meses em que o braço ainda não estava cicatrizado, ela não podia trabalhar como enfermeira, nem dar aulas, o que lhe causava grande ansiedade.

Ela conta que começou a enxergar o lado bom depois que colocou nas mãos de Deus e deixou que Ele resolvesse seus problemas. Assim, ao invés

de olhar o que tinha lhe acontecido, agradecia por ainda ter todos os dedos, por não ter queimado mais e em lugares mais complicados.

G. conta que hoje sua imagem corporal não a incomoda e que, depois de ter sido internada na Unidade e ver outras pessoas passarem por lá, com áreas muito maiores que a sua, conseguiu ter maior segurança e tranquilidade. Além disso, afirma que ter alguma familiaridade com esse tipo de deformidade causada por queimadura, pela profissão que exerce, também lhe trouxe conforto.

Apesar de todos em sua cidade, que é muito pequena, a conhecerem e dizerem que estavam rezando por ela, poucos tinham coragem de ir vê-la pessoalmente, e ela sentia que, quando estava com o curativo do braço, muitas pessoas sentiam-se incomodadas com a sua presença. Percebe que até mesmo pessoas de sua família têm dificuldade de olhar para a cicatriz.

Quando trata da questão do preconceito e dos problemas de não corresponder aos padrões de beleza de nossa sociedade, afirma acreditar que já superou, porém pode perceber que existe grande dificuldade em lidar com isso, especialmente pelo que ela presenciou dentro da Unidade, na qual muitas pessoas não queriam tirar a pele para o enxerto da cabeça, por exemplo, para não ficar careca, sugerindo que as pessoas devem ser motivadas pelo que vem de dentro e não se deixar abater pelo preconceito.

SUJEITO 8: H.

H., homem, 23 anos, solteiro, sem filhos, concluiu o Ensino Médio e tenta ingressar em uma Universidade.

Sua queimadura aconteceu quando, aos 8 meses de idade, derrubou a água que a mãe havia fervido para colocar na banheira de seu banho, o que fez com que ele carregasse as marcas nos braços e no peito.

É um rapaz tranquilo, que afirma não gostar de tumulto e de lugares muito agitados, algo que ele acredita ser uma consequência de ter crescido com as marcas da queimadura, pois sempre preferiu manter-se afastado das pessoas e não se envolver muito com as coisas. Encontrei-o na Unidade quando ele teve um retorno para uma nova cirurgia reparadora, sua primeira na idade adulta.

O jovem conta que, até os 15 anos de idade, vivia em conflito, devido às marcas, mas, aos 16 anos, percebeu que os amigos não se importavam, passando ele também a enxergar de forma diferente. Segundo H., entre os 9 e 15 anos, vivia como se fosse “transparente”, sentia que não era incluído por ser diferente. Para ele, um grande desafio se deveu a “questões amorosas”: ele acreditava que as mulheres não iriam querer namorá-lo por causa das cicatrizes. Entretanto, ele diz, conforme ia mostrando sua personalidade, as cicatrizes iam desaparecendo e ele era aceito. Ele acredita que as pessoas que estão próximas já não sentem a diferença; a percepção de exclusão costuma vir de pessoas de fora, curiosas, que em um primeiro olhar acabam demonstrando espanto.

Para H. é tudo uma questão de aceitar a própria imagem, e aceitando, sua vida recomeçou. Chegou a essa conclusão depois de ler muitos livros sobre psicologia, autoajuda, como uma busca pessoal, especialmente voltada para o lado profissional, já que teve que mudar de cidade diversas vezes devido à profissão do pai. A internação, segundo ele, também colaborou para firmar a convicção de que, frente às outras pessoas internadas com ele, seu problema não era tão sério. Porém, diz que sofria muito com a ausência das pessoas e o isolamento da internação. Só encontrava alívio na “força de Deus”, a quem atribui desde o acidente, até seu estado atual.

Para o jovem, o fato de ele se manter mais introspectivo o fez desenvolver uma “personalidade mais firme”, não se deixando tão facilmente influenciar pelos padrões, críticas e preconceitos. Ele atribui a essa personalidade inclusive o fato de escolher para se relacionar pessoas que não sigam totalmente um padrão, que não se deixam levar pela “beleza efêmera, vista na mídia”.

SUJEITO 9: I.

I., mulher, 25 anos, casada, mãe de duas filhas, trabalha como depiladora, faxineira, passadeira e, também, como cozinheira em um bar.

Extremamente bem humorada, chegava sempre feliz e cheia energia, conversando com os outros pacientes nos dias de seu retorno com a fisioterapeuta, apesar de considerar-se muito sensível. Fala muito em Deus, atribuindo-Lhe poder sobre todas as coisas.

Cuida da mãe, que sofreu um derrame, desde que tinha 12 anos de idade. Casou-se grávida de sua primeira filha, aos 17 anos, sem estar preparada para assumir uma família, afirma, família que hoje ela considera o bem mais importante da sua vida.

Foi queimada quando passava a tarde em um parque ecológico com a família, em 2009, para comemorar seu aniversário, no momento em que um moça que estava ao seu lado jogou álcool na churrasqueira e as chamas atingiram no rosto, no pescoço e cabelos. O cabelo, segundo ela foi a parte que mais a deixou triste, pois ela era muito apegada a ele, mas como não tinha noção da gravidade da queimadura, acreditou que depois de um curativo ficaria tudo bem.

Após a internação, I. passou por um dos momentos mais tensos, segundo ela: quando ela pediu pra ser ver no espelho e a equipe médica não deixou. Seus pais, quando chegaram e se deparam com a cena da filha queimada começaram a chorar e a clamar por Deus, o que lhe causou um grande desespero, uma vez que ela não fazia ideia de como estava sua aparência. Depois, a cunhada desmaiou na visita. No dia seguinte, descobriu um espelho no quarto e quis se olhar, quando viu as marcas que estavam em seu corpo entrou em desespero acreditando que ninguém mais iria querer ficar perto dela, nem o marido, nem as filhas.

I. conta que a pior parte da internação, motivo pela qual ela se negou várias vezes a ficar internada na Unidade, era ficar longe das filhas, já que ela residia em outro município. E foi ao ser internada na Unidade que passou por seu momento delicado: quando chegou no quarto, sua companheira de quarto saía do banho sem as bandagens, ela se desesperou ante a aparência da mulher e gritou que não ficaria como aquele “monstro”. Logo após a alta dessa moça e da chegada de uma nova colega de quarto, que se transformou em amiga e a ajudava, I. acredita que passou a aceitar melhor a situação.

I. relata que sofria muito com as dores depois do enxerto, mas mais ainda na hora do banho, conta que tentou fugir do hospital, em um dia que não aguentava mais de saudade da família. Quando saiu do hospital, após a alta, e voltou para sua cidade, as pessoas a cercavam para saber o que tinha acontecido, para ver suas feridas.

Chegou em casa decidida a se separar do marido, pois acreditava que seria um fardo para ele viver ao lado de uma pessoa com as cicatrizes como as dela, porém foi confortada por ele, dizendo que não importava e que a amava. Ela sempre se sentiu desconfortável em sua cidade, pois como é um município muito pequeno, onde ela virou o “centro das atrações”.

Quando voltou para casa, no início, se isolava, para evitar exposição aos olhares dos outros e os comentários maldosos, que aconteciam esporadicamente. Em uma das ocasiões, acusaram-na de ter sido vítima de câncer de pele, o que pra ela foi uma ofensa, pois acredita que o câncer, uma doença, seja muito pior do que a marca de uma queimadura resultante de acidente. Até que com a ajuda da família e a naturalização das marcas, ela passou se exibir mais, a enfrentar os comentários e a voltar à vida social.

SUJEITO 10: J.

J., homem, 49 anos, casado, pai de 4 filhos, dono de uma oficina mecânica, na qual exerce a função de mecânico de automóveis. Nessa oficina, sofreu o acidente, quando um pote de gasolina vazou e incendiou o carro sob o qual se encontrava, consertando. Ajudado por um dos filhos, antes de ser socorrido conteve o fogo que poderia se alastrar, explodindo os outros carros. Queimou pernas, mãos e braços, em 2010. Explica que seus focos principais são sua vida profissional e sua família.

Trabalha desde a infância, teve várias profissões diferentes e acredita ser necessário “gastar o tempo apenas com coisas úteis”. Praticante do espiritismo passa boa parte de seu tempo livre ajudando no Centro e na Comunidade, além de, atualmente, separar algum tempo para pescar com os amigos. Fala muito sobre Deus.

J. teve uma grande dificuldade durante sua internação no hospital para o qual foi levado, logo após o acidente. Segundo ele, por ser bem instruído, notou logo de início que os funcionários não sabiam muito bem quais os procedimentos corretos a serem utilizados com um paciente com queimaduras como as dele, bem como reclama da forma como a equipe manipulava os materiais para curativo que foram feitos nos primeiros dias. Por isso, buscou por si próprio e mediante ajuda de amigos, uma vaga na Unidade de Queimados, local por ele elogiado, porque o fez sentir-se “seguro” com relação

a sua saúde, entendendo que lá os profissionais estavam preparados para o atendimento correto.

Sempre muito decidido, para controlar a própria dor, prefere se banhar sozinho quando pode, e usava o canto para espantar a dor em seus piores momentos, como o banho e o curativo.

Fez amizade com uma moça, que “adotou” como filha enquanto esteve internado, e de quem diz ter sentido muita falta quando ela teve alta, pois se apoiavam e conversavam muito, o que ajudava a fazer com o tempo passasse de forma menos difícil.

Ele acredita que no período após sair do hospital e retornar a sua casa, foi acometido por um tipo de depressão, que tirava seu ânimo e sua vontade de viver, por se sentir incapaz. Um dos motivos para o agravamento do quadro de tristeza foi a impossibilidade de locomoção, e a dependência gerada por ela. Algo que, para alguém tão ativo como ele, trazia uma mágoa muito grande.

Pelo que J. diz, as cicatrizes nunca foram um problema. Afirma nunca ter sofrido qualquer tipo de preconceito por isso e não tem vergonha de contar a história e mostrar as marcas para quem quiser vê-las, e que isso não é um problema em sua vida. Para ele, a única coisa que mudou foi a forma de aproveitar mais a vida, de ser menos comprometido com o trabalho e as obrigações do dia-dia, tentando diminuir um pouco a seriedade das responsabilidades. Contudo, afirma não acreditar que tal mudança esteja relacionada à queimadura em si, que é apenas um estágio da vida e que aconteceria de qualquer forma.

3.5 RELAÇÕES DOS SUJEITOS COM A EQUIPE CUIDADORA

A relação com equipe cuidadora, segundo relato dos pacientes, é na maior parte das vezes, boa, quando estão internados num hospital que reconhece estar preparado para cuidar da especificidade do seu tratamento. Todos elogiaram o atendimento da equipe profissional que os atendeu na Unidade e, especialmente, os cuidadores da enfermagem, por reconhecerem neles os principais responsáveis pelo cuidado e passarem a maior parte do

tempo com os pacientes. Muitos deles se mostram satisfeitos, também, quando voltam para um atendimento ambulatorial ou com os profissionais de terapia ocupacional e fisioterapia.

Te confesso pra vocês em alguns momentos ali quando a enfermeira vinha cuidar de mim eu tinha a sensação da maior gratidão do mundo... (J.)

Era legal, era muito legal. Os enfermeiros, os médicos, tudo, conversavam... (C.)

Ah, foi bem...foi bem...maravilhoso...pessoal me tratava bem, a equipe tudo maravilhosa, os médicos, tudo bacana mesmo, a enfermagem também... Eu não tenho o que reclamar da equipe, eu fui muito bem cuidado... (A.)

...que nem, quando eu fiz o primeiro enxerto a moça veio ver e falou que tinha ficado muito bom, que dali a pouco eu saía e que ia ficar ótimo, isso era bom. Tinha as enfermeiras que passavam ali, ofereciam ajuda...as vezes aquelas palavras positivas ajudavam a gente, não deixam a gente ficar pra baixo sabe...(F.)

Esse quadro só muda com a insatisfação de algumas pessoas que tiveram o primeiro atendimento fora da Unidade de Queimados. Três sujeitos, que foram atendidos em outros hospitais logo após o acidente, reclamam que os profissionais e hospitais não estavam capacitados para cuidar de um paciente que sofreu queimaduras, seja pelo despreparado para o primeiro atendimento ou mesmo durante a internação. Tal fato, segundo eles, causa insegurança e até algumas desavenças entre paciente e equipe profissional:

...a partir do momento que eu entrei lá eu já senti que ali não seria um bom lugar pra queimado... Eles já tinham falado que não estavam aptos a me atender... Teve um dia de eu ficar 24 horas sem trocar o curativo... Um outro dia 24 horas sem medicação...Eu tinha que pedir... (J.)

...a enfermeira olhou pra trás e perguntou pro médico: ‘ai doutor, o que que a gente faz agora?’ Eu pensei: deixa eu ver a resposta, se for uma resposta coerente com o que eu sei, eu fico por aqui... e eu não ouvi a resposta, ela perguntou de novo, eu não ouvi a resposta...ai eu virei e olhei pra cara dele e ele não falava mesmo...ele ficou branco... (G.)

Percebe-se, dessa forma, a necessidade de especialização e melhor preparo da equipe profissional para receber pacientes em casos que exigem não só um cuidado do corpo queimado mais adequado e diferenciado dos casos comuns, como também um atendimento voltado para o preparo psicológico daquele indivíduo que sofreu um grave trauma, como o da queimadura. É preciso ter claro que, a partir dos primeiros minutos após o acidente, esse paciente já começa a sofrer tanto com as dores, expressadas por eles como “insuportáveis”, como também com o preconceito e o medo dos profissionais que não estão capacitados para lidar com isso. A maneira como o paciente é recebido pela equipe de atendimento é essencial na aceitação da nova condição corporal e na aderência ao tratamento da queimadura.

4. ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS

4.1 UNIDADES DE SIGNIFICADOS

A busca das unidades de significados, nesta análise que se encaminha progressivamente do empírico para abstração cada vez maior, parte dos relatos, concepções e valores expressados pelos sujeitos. Na verdade, as unidades de significados identificadas permitiram a construção de uma versão, entre muitas possíveis (GEERTZ, 1978) sobre a experiência da queimadura.

As unidades de significados identificadas nos dados coletados foram: Vontade de Deus; Contradições e Ambiguidades; A vida após a queimadura: enfrentando a dor; Ah, se eu pudesse voltar ao normal!.

4.2 VONTADE DE DEUS

Nove entre os sujeitos desta pesquisa introduzem Deus em seus depoimentos, atribuindo-Lhe poder decisório sobre a vida de todos. Assim revelam, além de crença de natureza religiosa, uma concepção de predestinação, pela qual tudo que acontece na vida dos homens estava previamente decidido por Deus, que define o destino de cada um.

Revelam uma visão religiosa e fatalista da existência, a partir da qual julgam ser predestinados. O tema, discutido em tese de Costa (2000), na qual a autora destaca como destino tudo aquilo que denota uma apreensão determinista da existência e/ou noções cujo sentido de determinação sejam ressaltados, tais como sina, fatalidade, fado, carma e ainda tudo que possa dizer respeito ao imprevisível, como o acaso ou sorte. Tal visão remete o evento do acidente que resultou na queimadura a uma instância que independe de suas vontades ou escolhas, algo definido previamente por Deus.

Esta unidade de significado foi construída com base no que aparece nos depoimentos de forma quase unânime, expressando a tentativa em conformar-se com o indesejado através da crença de que foi um fardo inescapável ou

benção, ambos com origem na vontade divina e que é preciso aceitar como lição de vida. Tal fato pode ser verificado em várias falas dos sujeitos:

*... eu não me conformava, eu pensava assim comigo
“poxa mas porque tinha que acontecer logo comigo?” (B.)*

É, Deus me iluminou, me deu minha aposentadoria... Quer dizer, isso é uma coisa que ajuda pra ter mais tempo e ver as coisas diferentes...aproveita mais a vida também, ficar mais com família... (A.)

Deus decide o destino dos homens, ensina e também castiga, nas falas dos sujeitos. A crença de que a queimadura aconteceu como um castigo de Deus por alguma atitude imprópria em determinado momento da vida aparece com clareza no depoimento:

... Ai tá vendo como Deus castigou, o que ela fez comigo, ela pagou, ela pagou. (B.)

A “vontade de Deus” também recobre a concepção da queimadura como fardo. Um dos sujeitos refere-se, em toda a entrevista, à queimadura como um fardo dado por Deus para que ele, o escolhido, carregasse. E não há nada que possa ser feito além de aceitar e conformar-se:

...eu penso assim, que tudo que Deus faz pra mim tá bom. Entendeu? Se era pra acontecer, se era pra passar por aquele caminho, então... Então eu tô conformado, eu tô tranquilo. (A.)

Se Deus quis assim, então foi dá vontade dele, tem que se conformar, fazer o que. (C.)

A vontade de Deus subordinando a dos homens aparece, ainda, no relato da reação de uma mãe, quando a mãe viu a filha pela primeira vez após o acidente. Assim expressa a determinação da vontade de Deus para o destino da aparência da filha:

...meus Deus, a minha filha não merece isso, a minha filha é tão bonita...(I.)

A fatalidade refletida na concepção da queimadura e suas sequelas como manifestação da vontade divina indica uma exigência rigorosa de ordem subjacente. Tudo está previamente decidido, tudo faz parte de um grande plano capaz de integrar o social, o natural e o sobrenatural, como faz o pensamento religioso.

Como mostrou Costa (2000) em seu trabalho sobre o tema, tal noção de predestinação e esta concepção onde tudo se integra sob o império do sagrado tendem a aparecer especialmente nas camadas populares, caso da maioria dos pacientes entrevistados nesta pesquisa.

Assim como é comum que, em momentos de dificuldades, especialmente no que tange à saúde, prevaleça a lógica religiosa, que aparece como forma de conformação, algo que normalmente acaba sendo legitimado por boa parte da sociedade. Pode-se notar em depoimentos que família, amigos e conhecidos sugerem ao paciente deixar que Deus escolha o caminho a ser percorrido em busca da aceitação e do bem-estar, como:

...deixa nas mãos de Deus... (G.)

O pessoal todo orava pra mim, independente da religião, eles falavam que era pra mim (sic) melhorar... (F.)

Para essas pessoas, acostumar-se com o indesejado é aceitar o que Deus lhes impôs, seja como um castigo, como aprendizado ou prova, e até mesmo para provocar uma mudança de vida que talvez jamais viesse, se o indivíduo não tivesse passado pela experiência da queimadura. Revela-se claramente aí uma apreensão conformista da existência. Goffman (2008, p. 20) corrobora esta interpretação, quando afirma que aquele que sofre o estigma pode enxergar as privações que sofreu como uma bênção, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar sobre a vida e sobre as pessoas.

4.3 CONTRADIÇÕES E AMBIGUIDADES

São diversos, entre os sujeitos desta pesquisa, os significados atribuídos à experiência da queimadura, mas quase sempre perpassados por contradições (entre o verbal e não verbal) e ambivalências. As ambivalências aparecem muito quando os pacientes são perguntados como se sentem em relação às sequelas que a queimadura deixou em seus corpos:

Eu infelizmente, hoje, tenho esse corpo aqui, só que eu não me acho diferente. (F.)

No começo eu não me sentia bem, mas agora já acostumei... Pra mim tá normal, eu já acostumei... (A.)

...mas mostrar pra algumas pessoas, alguns colegas, eu não tenho mais vergonha não sabe... Igual, se for pra ir em público eu já tenho vergonha. (F.)

As entrevistas mostraram percepções do corpo queimado que ora demonstravam total descontentamento em relação à imagem corporal, ora afirmavam que a percepção de indesejável modificação da imagem corporal após a queimadura havia sido superada, ou jamais tinha sido um problema a ser enfrentado. Porém, em diversos momentos das entrevistas era possível perceber que em todos expressavam descontentamento e vontade de “voltar ao normal”, seja em falas relacionadas ao trabalho ou à vida pessoal, mas principalmente em situações de inserção na vida pública.

Contradições e ambiguidades recobrem as percepções dos sujeitos sobre o corpo queimado. A esse respeito, Goffman (2008, p.117) mostra que, a partir do momento em que em nossa sociedade o indivíduo estigmatizado adquire modelos de identidade que aplica a si mesmo e sobre os quais é impossível conformar-se, é inevitável que sinta alguma ambivalência em relação a seu próprio eu.

Suas percepções do corpo também remetem a uma lógica a partir da qual presenciar situações piores que as deles faz com que se sintam em uma situação melhor. Na maioria dos depoimentos pode-se notar que a ida à Unidade de Queimados, ainda que mensal ou semanal, e não só lá, faz com que eles se comparem a outros casos, considerados mais graves, e assim vejam suas sequelas como menores do que eram pensadas anteriormente. Estas percepções da queimadura e suas sequelas, pela maioria dos sujeitos,

remetem à “lógica compensatória” tão comum aos brasileiros e “expressão de uma leitura moral do mundo”, de acordo com Roberto Da Matta (1993, p.182).

E eu dou graças a Deus porque quase perdi esse dedo, e muita gente fala que tem coisas piores, que tem muita gente que perde a mão inteira e eu graças a Deus não atingiu nada, não perdeu nada, no meu corpo, nem nada. (B.)

O dia que eu interneiei, eu olhava pro povo tudo enfaixado igual eu, andando com os braços duros na frente e pensei: o que que eu tava fazendo lá, eu deveria ter vindo antes! Então eu me encontrei, eu me identifiquei. (G.)

...mas devido eu tá vindo aqui sempre, e vendo gente bem mais pior do que eu e fica feliz, dando risada, um sem perna outro sem mão... Então o que em ajuda também é de ver as pessoas com coisas piores que a gente... (A.)

O preconceito, que estigmatiza os indivíduos com sequelas de queimaduras, aparece entre as muitas contradições expressadas pelos pacientes entrevistados. Apenas um entrevistado disse que nunca sofreu qualquer tipo de preconceito relacionado às cicatrizes e sequelas da queimadura; os demais, entretanto, demonstram não aceitar que exista a segregação que acompanha o preconceito. Muitos afirmam que, depois do acidente, tiveram que mudar sua rotina para fugir de olhares e comentários curiosos ou maldosos, situação que lhes causa medo, insegurança e infelicidade:

Ah, em alguns relacionamentos sobre amor, eu achava assim que a pessoa ia ter preconceitos, da mão tá assim, do dedo tá assim, porque muita gente é preconceituosa. (B.)

Eu não gosto de preconceito, mas eu não ligo mais pra isso não... Mas é ruim sabe...as vezes você perde muito a liberdade sabe...Igual, se for pra eu tirar a camisa agora... tirar a camisa eu não tiro mais não... (F.)

No começo eu sentia, nossa...”Como que essa menina vai gostar de mim, com as minhas cicatrizes?” (H.)

... ah, a mulher que eu trabalhava lá, eu não falei nada pra ela por que eu tinha certeza que ela ia rir, por trás das minhas costas, ela ia comentar... (B.)

Em muitas entrevistas, mesmo depois de dizerem que não sofriam qualquer tipo de preconceito, contraditoriamente os sujeitos relatavam episódios de discriminação por parte da sociedade:

Uma vez entrei no ônibus e escondi minha mão, quando a mulher que tava do lado viu, ela foi sentar em outro banco. (D.)

...esse retalho ele chama muita atenção, então você entra no ônibus, qualquer lugar que você tá o pessoal começa a olhar... (A.)

Mudou bastante coisa, porque as pessoas sabe...ficam perguntando, com dó... e um dia juntou aquele monte de gente em cima de mim, todo mundo querendo olhar, querendo saber... (I.)

Outra situação que apareceu nos depoimentos foi o fato de os pacientes só considerarem preconceito, ou se sentirem estigmatizados, quando os olhares e comentários nascem de pessoas que não são próximas a eles. Quando o preconceito parte da família e de amigos mais próximos ao seu convívio, ele é naturalizado como uma brincadeira. É possível perceber que, na maior parte dos casos, apesar de não se sentirem estigmatizados por essas pessoas, isso faz com que seu comportamento público se transforme, evitando situações sociais e piorando a autoestima:

Falavam que eu ia perder o dedo, que quando eu saísse na rua todo mundo ia rir... (B. sobre os comentários que a família fazia sobre sua queimadura)

Com os amigos mais próximos às vezes vira até motivo de piada, mas tudo numa boa sabe... (F.)

A perspectiva da família com relação aos cuidados de um paciente que sofreu queimaduras foi abordada por Rossi (2001). De acordo com a autora, a família antecipa a reação da sociedade frente o estigma da queimadura,

evidenciando o medo e a vergonha das sequelas deixadas pelo acidente. Segundo Rossi, as pessoas sentem vergonha em função do significado que é expresso nas reações das outras pessoas.

Para Rossi (2001), o poder do estigma é tanto que tende a afetar as relações levando o indivíduo ao isolamento social. Dessa forma, o paciente pode também sentir vergonha, não só pelo que significa o problema de saúde ou a marca da queimadura para si mesmo, mas em resposta a reações dos familiares e das outras pessoas.

Le Breton (2006, p.73) mostra a ambivalência na relação com as deficiências no dia-dia da sociedade ocidental, pois o discurso social afirma que é um indivíduo normal, cuja dignidade e valor pessoal não podem ser enfraquecidos por sua forma física, mas, ao mesmo tempo, ele é mantido afastado da vida coletiva e, quando ousa fazer qualquer passeio, é acompanhado por dezenas de olhares, frequentemente insistentes, de curiosidade, angústia, incômodo, compaixão e reprovação, como se cada passante devesse tecer um comentário.

Le Breton faz uso de exemplos de como um corpo pode ser tratado sob o olhar voltado para a raça e para a deficiência. No que se refere à segunda, o autor mostra que a forma como a sociedade estabelece relações com alguém que tem uma deficiência pode determinar a maneira como o grupo social vive a relação com o corpo e a diferença. Completa que a própria sociedade é ambivalente em relação às diferenças, pois é possível que o grupo diga que aquele que possui a deficiência é perfeitamente normal e goza dos mesmos direitos de todos os cidadãos, mas o mantenha marginalizado do grupo, fora do trabalho e de convivência com o público, sempre olhado e analisado, vivendo frequentemente sob a angústia, o medo, a vergonha e a tristeza.

A reinserção na sociedade, na maior parte das vezes, gera ansiedade e medo, já que o indivíduo passa a conviver com os olhares insistentes e curiosos tanto de membros da família, como de amigos, conhecidos e desconhecidos, nos lugares por onde passa.

A minha vida no começo era só chorar... que eu não me conformava, eu pensava assim comigo "poxa mas porque tinha que acontecer logo comigo?" (B.)

A percepção da imagem corporal, tema de grande importância para esta pesquisa, é colocada pelos sujeitos, em vários depoimentos como secundária. Percebe-se que existe sim uma grande preocupação com a nova imagem, especialmente frente ao estigma, porém, o fato de eles terem sobrevivido, ou mesmo serem portadores de sequelas consideradas pequenas perto do que presenciaram na Unidade, proporcione certa conformação. A maneira como cada um deles enfrenta as mudanças apresenta diversidade:

Então é assim, ou você fica assim, ou sofre. (D.)

Tem nada pra fazer, vou fazer o que? Mas o pessoal olha... Só olha e faz perguntas, outros olham e não... acho que, sei lá... (C.)

Ah, pra mim é chato sair na rua com o dedo assim, porque todo mundo que vê pergunta, mesmo tando tampado, pergunta que que eu fiz no dedo, aí eu conto nessa hora. Que nem uma amiga minha falou “você foi trabalhar inteira e voltou só um pedaço”. Eu acho graça, mas eu chorava. (B. – que mesmo depois de o dedo cicatrizar, ainda usa curativo no dedo)

O que se pode depreender é que, independente do tipo de enfrentamento escolhido pelo paciente, quase todos modificam sua rotina, suas roupas e até os lugares frequentados, pelo menos no início dessa reinserção, para fugir dos olhares e comentários acerca da queimadura.

Isto ocorre porque a satisfação com a imagem corporal vai além daquilo que o indivíduo considera bom para si: ela perpassa todo o imaginário social, tendo como referência principalmente aquilo que o outro considera bom. Ou seja, o indivíduo olha para si a partir dos olhares que a sociedade dispara sobre ele e do que ela considera normal:

O pessoal já acostumou, pessoal não liga. No começo eu pensava: não vou usar short, só vou sair de calça comprida. Hoje eu uso short... (A.)

E a minha irmã falava “tampa isso daí que tá muito feio”. Ai como ela tava grávida, pra ela não passar mal aí eu pegava e tampava. (B.)

Teve uma vez, sabe, que eu tava na rua, passando, quando eu ergui os braços, de camiseta... Ai eu passei e escutei: oh o braço dele, que braço feio... Isso dói a né? A gente sabe... Às vezes você ouve umas coisas que deixa a gente pra baixo sabe... Não ofende como um som, mas você ouve e dói muito sabe. (F.)

Nota-se que existe um grande descontentamento relativo à imagem corporal, quando ela leva a problemas funcionais, que limitam a execução das tarefas profissionais ou cotidianas. Dentre os pacientes que, além da queimadura, sofreram traumas físicos provenientes do acidente, ouviu-se que esses traumas se sobrepõem à questão das marcas corporais. Os relatos dão conta de que o medo de ficar numa cadeira de rodas, ou da amputação de um membro, geravam mais insatisfação que as cicatrizes.

Eu tinha medo de não andar, ficava pensando nisso. (A.)

4.4 A VIDA APÓS A QUEIMADURA: ENFRENTANDO A DOR

A vida de um paciente que sofre uma queimadura começa a mudar segundos após o acidente. São diversas as formas com que cada um encara e passa a enfrentar os momentos de dor, o preconceito, a insatisfação com sua condição, a tentativa de superar as barreiras que lhe são impostas. A necessidade de enfrentamento se inicia no momento do acidente e se prolonga durante toda a vida. A internação hospitalar é o momento intermediário, a partir do qual o indivíduo passa a ter consciência de tudo que vai precisar encarar dali para frente: a dor, as modificações no corpo, frequentemente o afastamento social e profissional, além de se preparar para sua reinserção numa sociedade que estigmatiza tudo aquilo que considera fora de seus padrões.

Carlucci et al (2007, p. 22), discorrendo sobre a experiência da queimadura, explicam que um trauma térmico, independentemente de sua extensão, é uma agressão que pode causar tanto danos físicos como psicológicos ao paciente:

Para o paciente que sofreu queimaduras e necessita de internação hospitalar, essa é uma fase complicada, pois ele será atingido por uma variedade de estressores físicos tais como acidose, perda de fluidos, alterações no equilíbrio endócrino, potencial para infecção, dor, além dos estressores psicológicos decorrentes de situações como separação da família, afastamento do trabalho, mudanças corporais, despersonalização, dependência de cuidados, perda da autonomia e tensão constante.

Durante a internação hospitalar, uma das principais dificuldades com a qual o paciente vai lidar é a dor. As queixas relacionadas à dor, pelos sujeitos desta pesquisa, estiveram tanto relacionadas àquelas dores físicas, quanto às dores psíquicas.

Do ponto de vista fisiológico, a dor é definida como um “tipo de dispositivo de alerta para chamar a atenção para uma lesão no tecido ou para algum mau funcionamento fisiológico” (HELMAM, 2006, p. 171), sendo, portanto, de extrema importância para a proteção e sobrevivência do corpo. O comportamento de dor pode variar de uma cultura para a outra e até mesmo dentro da própria cultura, nem todos vivenciam, reagem ou comunicam a dor da mesma maneira.

De acordo com Helmam (2006), o comportamento de dor ou de reação à dor pode ser identificado como: dor pública e dor privada. Inicialmente, a dor é um dado privado, pois para que se possa identificar a dor existe a necessidade que ela seja demonstrada de forma verbal ou não verbal. Quando ela é explicitada, a experiência e percepção privadas se tornam públicas. A manifestação da dor pública é influenciada por fatores sociais, culturais e psicológicos, o que determinará se a dor privada se traduzirá em um comportamento de dor e se transformará em dor pública. (HELMAM, 2006, p. 171). Segundo Le Breton (2007) a dor, por não ser apenas um fato psicológico, não faz sofrer apenas o corpo, mas o indivíduo por inteiro.

No que se refere às dores físicas, quase todos os pacientes citam frequentemente a hora do banho e dos curativos como a pior dor que eles já sentiram na vida. Nenhum deles recebeu anestesia para os procedimentos, apenas medicamentos por via oral.

Ah, eu sentia. Principalmente na hora de fazer o curativo. Doía muito. Era muito sofrido. (C.)

Bastante dor assim, na verdade eu não senti muita dor...a dor que eu sentia era quando era a hora do curativo, da barriga...nossa, esse aí... (A.)

Como eles me davam banho e depois removiam a bandagem, com soro, então durante o curativo quando tava bem impregnado de pomada eu não sentia dor, mas a medida que eu ia recuperando as terminações nervosas, porque chegou a terceiro grau, aí eu comecei a sentir dor. E tinha locais que a pomada ficava pouca, e em 48 hs que tinha que fazer o curativo, aí eu sentia dor, aí quando tinha que remover eu dava trabalho. (G.)

A dor mais intensa que eu senti foi no dia da retirada do primeiro curativo... Nos dois primeiros dias pra tirar, depois e quarto dias um pouco...mas dói demais, é terrível... Que a sensação é que vai arrancar a pele toda.. Aquele tecido que parece um fiozinho...o rayon, a hora que ta tirando aquele rayon é terrível... (J.)

Apenas um sujeito disse não se incomodar com a dor, contando que o máximo que ele fazia era morder uma gaze por dia. O mesmo indivíduo precisou passar por um procedimento cirúrgico de urgência, no qual não tinha tempo de ser anestesiado, uma vez que corria o risco de precisar amputar um braço, se o procedimento não fosse realizado naquele instante, história que ele conta com muito orgulho, por ter aguentado. Revela, dessa forma, algo também observado em outras pesquisas: a capacidade de suportar a dor física é avaliada como superioridade moral.

Além da dor física, a dor psíquica, causada pela da saudade da família, dos amigos e da vida fora do hospital, mostrou-se como algo que incomodava alguns dos sujeitos desta pesquisa.

É... a perna doía muito sabe... mas não era nem por causa da queimadura...Eu sentia falta da minhas filhas, do meu marido... (I.)

Eu acho que ficar longe das pessoas que eu gosto. Acho que é isso aí. Porque você fica meio que isolado sabe. Você entende que é por uma causa boa, que você tem que estar ali, mas ficar longe é muito ruim, muito ruim. (J.)

Em seu trabalho sobre a perspectiva do paciente que sofreu queimadura, Carlucci et al (2007) puderam perceber que existe um ciclo dor-ansiedade, o qual é manifestado por irritabilidade, inquietudes, queixas, solidão e choro e, embora o banho e o curativo sejam as experiências mais dolorosas, podem ser acompanhadas por uma sensação de alívio, pois é nesse momento que o paciente tem contato com a cicatrização da ferida ou os resultados da cirurgia, o que pode lhe propiciar uma expectativa de melhora e de possibilidade de alta hospitalar. Além disso, os autores indicam que o apoio da família durante a internação contribui para o sucesso da reabilitação.

4.4 AH, SE EU PUDESSE VOLTAR AO NORMAL!

A luta pela condição de normalidade constantemente exigida nas sociedades urbano-industriais é algo frequente na vida de indivíduo que sofreu uma queimadura. Em uma sociedade onde corresponder a padrões estéticos é uma obrigação, aquele que possui algum tipo de deficiência ou marca corporal é frequentemente estigmatizado. Isso acontece porque buscando padrões de normalidade/ saúde, definiu-se a noção de desvio/ patológico, e todos aqueles com alguma deficiência aparente perdem a condição de normalidade.

Nos depoimentos colhidos para essa pesquisa pode-se perceber que muitos dos pacientes se concebem fora da normalidade, ideia arraigada em seu cotidiano antes da queimadura, revelando adesão à norma vigente na sociedade. De acordo com Costa (2008) a percepção de perda da normalidade está ligada à mudança de vida após a queimadura, pois, espera-se que, para viver em condições de normalidade, exista continuidade nas atividades de trabalho e lazer, integridade na aparência física, total interação entre família e social e capacidade de locomoção, condições muitas vezes problemáticas para esses indivíduos:

Eu sou contra as adaptações... Não tem que viver como normal? (D. sobre as adaptações usadas por pessoas com dificuldades motoras, como ele.)

Se eu pudesse voltar ao normal, eu voltava. (C.)

Eu acho que isso é até me ajudou. Porque eu acho que se eu fosse normal, talvez eu não ia ter essa personalidade que eu tenho. Eu ia ser uma pessoa, como eu posso dizer... Eu acho que isso me ajudou porque eu tive mais tempo pra mim mesmo... (H.)

Para Costa (2008), essa normalidade perdida “representa o solapamento das condições de autoestima, liberdade e autonomia do indivíduo, bem como do que consideram uma vida bem integrada a sociedade”. Corresponde, ainda, à estigmatização. As normas, perpetuadas de diversas formas no imaginário popular (RUMSEY, 1997, p.94), em muitas sociedades promovem a associação entre distorções da forma humana com o mal e ao terror. Isto pode ser visto em filmes e caricaturas da nossa sociedade, assim como na mídia.

Goffman (2008, p.14) mostra que existem duas perspectivas no que se refere à estigmatização: o indivíduo *desacreditado* e o *desacreditável*. O primeiro conceito se aplica àquele que tem uma característica de diferença visível, a qual pode ser percebida em um primeiro olhar e que faz com a sociedade coloque em segundo planos outros atributos que poderiam lhe chamar a atenção. O segundo se refere àquele que, embora não tenha uma característica específica aparente em um primeiro olhar, sofre o estigma de não ser “normal”.

Segundo o autor, a partir da perspectiva de *desacreditado* podem ser definidos três tipos de estigma: em primeiro lugar, há as abominações do corpo, como as deformidades físicas. Em segundo lugar, encontram-se as culpas de caráter individual, percebidas como a vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos de distúrbio mental, prisões, vícios, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio. Por último, há estigmas tribais, de raças, etnias, religião, que podem ser transmitidos através da família e contaminar toda uma geração.

Isso acontece porque, segundo Goffman (2008, p. 138), existem normas sociais que estabelecem os limites das diferenças individuais aceitas “pode-se tomar como estabelecido que uma condição necessária para a vida social é que todos compartilhem um único conjunto de expectativas normativas, sendo as normas sustentadas, em parte, porque foram incorporadas”. Assim, mesmo aquele que é considerado “desacreditável”, em algum momento, quando se

deparar com alguém que não consegue preencher o requisito esperado, poderá estigmatizar, como é o caso de uma das participantes da pesquisa quando se sentiu ofendida por ter seu “defeito” apresentado como um câncer de pele, e não como uma queimadura:

Só uma vez que eu fiquei bem brava porque a gente tava no trabalho e uma pessoa que não me conhecia me perguntou o que tinha acontecido, aí a outra que tava comigo falou que tinha dado câncer de pele em mim... menina, mas aquele dia me subiu o sangue...eu olhei pra ela assim e falei: Minha filha, câncer de pele tá o rabo da senhora... Ela sabe o que que é, por que que ela não falou o que que era né? Câncer de pele...câncer de pele achou pior que uma queimadura...câncer de pele é uma doença, queimadura é um acidente...(I.)

Fundamental na definição da normalidade, nas sociedades urbano-industriais contemporâneas, além da ausência de mutilações e deficiências, é a capacidade de trabalhar, erigida como norma (CANGUILHEM, 2002). Então, para o indivíduo que ostenta amplas cicatrizes, sendo por isso, estigmatizado, não poder mais trabalhar, como é o caso de vários sujeitos desta pesquisa, corresponde à privação da normalidade.

Ficou evidente, a partir dos dados coletados, a importância dada pela maioria dos pacientes no que se refere ao trabalho. Dos 10 pacientes entrevistados, 2 voltaram ao trabalho logo após a alta hospitalar, sendo que um deles é proprietário do local de trabalho e outro voltou para a mesma empresa, em outra função, 2 voltaram após alguns meses de afastamento, 1 é estudante, 1 dona-de-casa e 4 estão afastados ou foram aposentados por invalidez.

Assim, voltar a ser normal, vontade expressada pelos sujeitos equivale não apenas a recuperar-se das marcas visíveis deixadas pela queimadura, mas, sobretudo, implica voltar a trabalhar.

Minha maior preocupação era voltar a trabalhar, eu só queria voltar a trabalhar. Era pra serem duas semanas, já são 33 anos. Como eu volto se eu não consigo segurar nada? Se eu encontrar alguma coisa que dê pra eu fazer assim, eu quero voltar... (D.)

O episódio da queimadura e suas sequelas aparece, em quase todos os depoimentos, como um empecilho para a volta ao mercado de trabalho:

Porque eu fico pensando o que será de mim se um dia que eu tiver que fazer uma coisa por fora, e não posso, porque dependendo do lugar a primeira coisa que eles veem é suas mãos e perguntando o que é isso nas suas mãos, e dependendo do serviço que você for procurar vão perguntar. Então eles nem pegam pra trabalhar. (B)

Eu já tinha dois veículos de trabalho...Pessoal do meu serviço fala que eu funciono em 360. Eu era aquela pessoa elétrica, não gosto de ficar parada, acho que é um desperdício de tempo e energia ficar parado com tanta coisa pra fazer, tanto de gente pra atender, tanto problema pra resolver... e de repente de tudo, eu fiquei com nada, porque eu queimei os dois braços, eu sou destra, então foi algo que me limitou um pouco mais, porque a pior queimadura foi no braço direito... (G.)

Os resultados encontrados em pesquisa de Costa et al (2010) mostraram que existe o reflexo de demandas sociais por parte desses indivíduos quando eles priorizam como uma condição de recuperação da normalidade, a da capacidade de trabalhar. Tal fato se deve, possivelmente, a conotação que o corpo humano tem nas sociedades industriais, em que ele é visto como um instrumento de trabalho. A capacidade de trabalhar, segundo Canguilhem (2002) e Costa (2010, p. 215) foi construída como uma norma para a definição de saúde, normalidade e integração social, dessa forma, ela torna-se condição e signo de realização e sucesso pessoal. Nessas circunstâncias, o indivíduo que precisa se afastar do trabalho se sente inválido, o que piora sua autoestima.

A alta hospitalar é um marco na vida de quase todos os pacientes, momento em que se encontram novamente na sociedade e precisam encarar não só as sequelas, que muitas vezes vão muito além de dores e marcas corporais, como amputações dos membros e dificuldades motoras, as perguntas e olhares curiosos e a impossibilidade de, muitas vezes, voltar a exercer suas atividades profissionais.

Então teve momentos que eu falei: Bem, eu não tenho coragem de expressar pra você em palavras o que eu tô sentindo... Por que se eu expressar eu vou sentir vergonha, eu to me sentindo uma pessoa incapaz... (J.)

Eu fiquei dois meses de cadeira de rodas, mais pela mão da minha esposa né, minha perna era minha esposa. Te falar que não foi fácil, porque a pior coisa do mundo é você depender dos outros pra tudo. Não é fácil não... (A.)

A autoestima e a identidade desses indivíduos recebem forte impacto negativo revelado pelos atributos “incapacidade, vergonha e dependência” com que se definem.

Bernstein (1988) discute a desordem social que recobre a vida do indivíduo desfigurado por queimaduras, não desconsiderando todas as consequências físicas da queimadura principal: o prurido, as recorrentes infecções, contratura das cicatrizes e a limitação das atividades quando se perde dedos, mãos, pés, braços e olhos. Essa desordem, segundo o autor, é denotada nas queixas da pessoa queimada relativas não apenas à aparência como ao isolamento sofrido por esses indivíduos.

O estigma sofrido por alguns pacientes com desfiguramento é reforçado e agravado pela culpa atribuída à vítima de queimadura (BERNSTEIN, 1988, p.6), o que pode influenciar em seu atendimento por profissionais e serviços de saúde. Nesta pesquisa, isto se revelou de forma mais grave na pessoa que tentou suicídio. Entretanto, a “vergonha” que sente o indivíduo queimado também pode estar associada à culpa.

Mas, a parte mais difícil com que o indivíduo desfigurado tem de lidar, segundo Bernstein (1988, p.6), é a intensa preocupação da nossa sociedade com a aparência perfeita e o estigma imposto àqueles que têm alguma diferença visível. Afinal, existe uma indústria multibilionária de cosméticos trabalhando e, constantemente nos dizendo como devemos nos parecer, vestir e agir.

4.5 VIVER COM A VISÍVEL DIFERENÇA INSCRITA NO CORPO

Os sujeitos desta pesquisa deixam muito claro que viver com o corpo marcado por queimaduras, em uma sociedade que preza a “beleza física” – definida de acordo com determinados critérios que valorizam o corpo sem marcas - como primordial, não é nada fácil.

Na verdade, as cicatrizes visíveis no corpo são interpretadas socialmente como marcas de diferença, de não pertencimento, de uma condição “anormal”. Sublinha a condição de anormalidade ante os olhos do “outro” – sociedade -, o fato de muitos dos indivíduos que sofreram queimaduras graves não poderem mais trabalhar, como indicam diversos estudos sobre queimados e a realidade vivida pelos sujeitos desta pesquisa.

A literatura a respeito do tema permite compreender como são estabelecidos os conceitos de normal e normalidade (CANGUILHEM, 2002) e como se dá o enfrentamento daquele que tem seu corpo compreendido como “desviante”, sendo por isso estigmatizado e sujeito à “identidade social deteriorada”, no sentido atribuído por Goffman (2008).

É preciso lembrar que Goffman utiliza “estigma” como “referência a um atributo profundamente depreciativo” (2008, p.13), estabelecido no interior de um quadro de relações sociais. Entre os três tipos de estigma que o autor define, o que melhor se aplica aos sujeitos desta pesquisa é aquele referido às “deformações físicas” (GOFFMAN, 2008, p. 14), que conferem inferioridade ao indivíduo, na avaliação da sociedade envolvente, ante aqueles considerados “normais” (refletindo na “identidade social deteriorada”).

Ademais, Goffman ressalta a importância dos sentimentos sobre si daquele que é estigmatizado e sua relação com os outros reconhecidos pela sociedade como “normais”. O autor explora as diversas estratégias que esses indivíduos empregam para lidar com a rejeição alheia e os variados tipos de informação sobre si, que recebem de outros, bem como projetam em outros. Na verdade, estamos aqui no terreno da identidade pessoal, construída num processo relacional, que Goffman denomina “identidade social deteriorada”.

O autor destaca a importância das relações sociais na produção da identidade “deteriorada”, principalmente quando ocorrem os contatos mistos, ou seja, aqueles momentos em que estigmatizados e “normais” convivem numa mesma situação social, como é o caso deste estudo. Afinal, é pela relação com outros que eu sei quem sou. Se os outros me dizem, insistentemente, com seus olhares ou palavras que sou feio ou anormal, é muito provável que eu acabe por aceitar essa definição.

São diversas as abordagens acerca da aparência na história e na antropologia, comentadas por Rumsey (1997). De acordo com a autora,

existem evidências da importância e da complexidade dos sentimentos ligados à aparência física, em particular sobre aqueles considerados belos, vindas de variadas fontes. Essas fontes incluem lendas, mitologia, contos e “modelos” de beleza na sociedade contemporânea. Em muitos dessas fontes, percebe-se um objetivo dúbio, que acaba por mostrar como a aparência física é mais importante na definição da pessoa e definir com quais modelos devemos nos assemelhar.

A autora traz um histórico sobre como a beleza vem sendo considerada um atributo positivo há anos e como os ideais de beleza foram mudando ao longo do tempo, em termos de moldes corporais e características faciais. Apesar de todas as mudanças no que tange a atributos considerados desejáveis, a pressão para que os indivíduos se encaixem nas normas existentes é recorrente.

Na sociedade ocidental, são usadas linguagens que refletem negativamente as atitudes sobre aqueles que são considerados como um desvio da norma. Submetidos a um jogo de dominação, os que se afastam da norma são definidos por palavras como anormalidade, desfiguração, deficiência, dano, diferente e por outras bem mais impiedosas. São palavras que trazem a sensação de que algo está errado com a aparência de determinado indivíduo.

Patridge (1997, p. 4) é outro autor a destacar que a diferença é sempre definida relativamente à norma, que é estabelecida pela coletividade, muda através dos tempos, mas está presente em todas as culturas, ainda que com conteúdos diversos e atinge, de forma drástica, os indivíduos que se sentem diferentes. Para o autor, de acordo com a definição cultural, essa diferença é carregada por um estigma que marca o indivíduo, visto como socialmente fora do comum, inferior, “desacreditado” e “desacreditável”, nos termos de Goffman (2008).

Algumas vezes, uma aparência desviante das normas rende ao indivíduo um prêmio alto da sociedade, como em casos dos feridos de guerra. Pode trazer uma marca de respeito pela coragem nas adversidades, porém, a mesma marca pode ser interpretada como sinal de uma posição social inferior.

De acordo com Patridge (1997, p.4), há, ainda, a definição pessoal de quem tem uma aparência que o leva à sensação de ser visivelmente diferente

daqueles que o rodeiam. Os indivíduos podem atribuir grande valor a uma diferença na aparência avaliada por outros como muito pequena, como é o caso da entrevistada que queimou “apenas” o dedo. O indivíduo pode não conceber sua aparência como um desvio do normal, mas, ainda assim, ele se sente visivelmente diferente. Isto ocorre tanto com os indivíduos que portam marcas de nascença quanto os que trazem marcas adquiridas, como é o caso dos sujeitos desta pesquisa.

Harris (1997) trata longamente do tema que relaciona aparência e normas sociais. Este autor confere grande peso à opinião individual. Para Harris, existem muitas características físicas que podem ser mensuradas e pelas quais a classificação de normalidade é definida, como peso, altura, concentração de hemoglobina, entre outros. Entretanto, a aparência não pode ser mensurada objetivamente e não existe uma classificação do que seria uma aparência normal. Harris (1997, p.79) afirma que “aparência normal” pode ser definida como “conceito individual que é derivado da percepção de igualdade na aparência alheia” e “aparência anormal” é a “aparência que desvia do conceito individual de aparência normal”. No entanto, embora admitindo a importância das opiniões pessoais, não há como deixar de reconhecer a subordinação delas a padrões coletivamente estabelecidos.

Historicamente, e não só na sociedade ocidental, indivíduos portadores de deficiência ou mutilação foram segregados, até a metade do século XIX, como mostra Worthington (1988). Muitos foram esterilizados por “razões eugênicas” e colocados em instituições fechadas, assim como aconteceu com os considerados loucos, até a segunda metade do século XX. Rumsey (1997, p.92) também traz um quadro histórico sobre o tratamento dispensado a pessoas com alguma diferença visível e mostra que esses indivíduos muitas vezes foram afastados do convívio social, considerados uma aberração e até sacrificados em nome de Deus.

Hoje em dia, isto não mais acontece, mas mantém-se a ênfase na “normalização”, que pretende adequar os indivíduos à norma. Apesar desta constatação, o autor faz uso do conceito de normalização a partir de Wolfensberger, que se utiliza do termo para incluir todos os serviços humanos e todos os tipos de deficiência. Para Worthington, isso implica que a reabilitação médica e outros serviços humanos deveriam estar abertos e

encorajar pessoas mutiladas a retomar comportamentos, competências e qualidades consideradas normativas em nossa cultura atualmente. Para isso, deveriam ser disponibilizadas atividades educacionais, vocacionais, recreativas, de integração social e, acrescentamos, de suporte psíquico.

Worthington afirma que a normalização vista e praticada na forma por ele valorizada facilita a integração de pessoas mutiladas, visando desenvolver suas atividades laborais e assegurar que não sejam mais desvalorizados e considerados desviantes. Tal atitude “positiva” deveria presidir o tratamento médico dos indivíduos que sofreram queimaduras graves, em todos os estágios do tratamento e da reabilitação, de forma a encorajar a recuperação do sentido de dignidade e suplantar os estigmas sofridos pelo indivíduo mutilado.

Não podemos, contudo, imaginar que tão somente a assistência médica e de enfermagem possam ser responsáveis pela recuperação da autoestima do queimado. Pesquisa desenvolvida por Rossi (2001) destaca o apoio da família, daquele que sofreu queimadura, como núcleo de extrema importância para sua recuperação e reintegração social. Para que possa desempenhar bem o seu papel, a família, na constatação da autora, também deve ser assistida, de modo que a equipe de profissionais possa aliviar as tensões e angústias que venham a surgir do convívio dos familiares com indivíduos vítimas de queimaduras.

Todavia, nunca é demais lembrar que, muitas vezes, o estigma acontece dentro do próprio lar, quando os familiares acreditam estar poupando o queimado da vida social. Esses sentimentos e atitudes familiares estão muitas vezes relacionados com o estigma sofrido por aqueles considerados fora da normalidade. Rossi mostra no mesmo trabalho (2001, p.340) que o medo advindo dos familiares, está por vezes ligado diretamente ao estigma da queimadura. Ou seja, no imaginário social o indivíduo que sofreu queimadura é portador de uma identidade deteriorada, (GOFFMAN, 2008). Assim, recai sobre aquele que sofreu queimadura, o estigma, quando grupos (até mesmo a família) e a sociedade passam a ridicularizar, evitar, rotular e degradar o indivíduo queimado.

O fato de existir um preconceito que cria vantagens para aqueles considerados belos e desvantagens para aqueles com alguma diferença visível está alicerçado em algumas teorias como a de rejeição instintiva e do processo

de condicionamento e reforço social (RUMSEY, 1997, p. 93). A teoria de rejeição instintiva focaliza a ideia de que indivíduos modernos mantêm um legado de comportamento decretado a partir do momento em que a seleção natural se impôs aos comportamentos e aos atributos físicos. A partir dessa perspectiva, uma deformidade na face seria considerada uma indicação visível de um problema mental. Existe sempre o processo de condicionamento de reforço social e pressão entre grupos para se adequar a uma norma social definida, nesse caso, a aparência.

No entanto, para além do que possam afirmar as diversas teorias, sempre é possível constatar que estranhamento ante o diferente é motivado pela impossibilidade de identificação com o outro, aquele que está na cadeira de rodas, o velho, o desfigurado, ou o enfermo.

A impossibilidade de identificação com o outro está na origem de qualquer prejuízo que os atores sociais podem encontrar pelo caminho: “a modificação desfavorável é socialmente transformada em estigma, a diferença gera a contestação.” (LE BRETON, 2006, p. 75). Quanto mais visível e surpreendente a diferença, como no caso do corpo desfigurado, mais é suscitada a atenção social indiscreta que vai do horror ao espanto e mais o afastamento é declarado.

Viver com a visível diferença inscrita no corpo, quando esta diferença são cicatrizes visíveis, implica, consequentemente, o estigma imposto pela sociedade a seus portadores, tanto quanto o rebaixamento da autoestima, como revelam as entrevistas com os sujeitos desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa objetivou compreender a experiência da queimadura e a percepção da imagem corporal por indivíduos adultos, que sofreram queimaduras e encontram-se, atualmente, em fase de reabilitação. Para isso, foram explorados e enfatizados tanto relações da autoimagem corporal com os padrões de corpo vigentes em nossa sociedade, quanto significados atribuídos ao corpo queimado. Visando examinar se existe algum tipo de ressignificação da vida depois da queimadura e se indivíduos com marcas visíveis de queimadura sofrem algum tipo de discriminação, as entrevistas realizadas com 10 sujeitos atendidos por Unidade de Queimados de um hospital público destinaram a esses tópicos maior aprofundamento.

Viver em uma sociedade que impõe padrões de comportamento e corporais praticamente inalcançáveis para boa parte da população não é tarefa fácil. Mais difícil ainda, quando o indivíduo carrega marcas e cicatrizes, que não são apenas definidas como deformidades, mas lembranças de momentos de dor, tristeza e medo de como familiares e sociedade irão reagir.

Foi possível compreender que aquele que passa pelo trauma da queimadura e tem uma sequela aparente - caso da maioria dos participantes dessa pesquisa - precisa lidar desde o momento do acidente com questões que exigirão dele que enfrente situações de dores insuportáveis como nos banhos e curativos, o afastamento e a saudade da família e amigos, os olhares e perguntas curiosas, a possibilidade de que jamais volte a trabalhar novamente ou fato de que, para poder voltar ao mercado de trabalho, deva aprender novas funções. Perceber-se como diferente e incapaz passa a ser parte integrante da identidade pessoal dos indivíduos queimados.

Com base nas entrevistas realizadas, construíram-se quatro unidades de significados: “Vontade de Deus”, que remete à visão de predestinação comum aos entrevistados e à necessidade de conformar-se com aquilo que se impôs em suas vidas; “Contradições e ambiguidades”, referente à percepção de si elaborada na relação com os outros que se manifesta em ações e concepções contraditórias e, por vezes, ambíguas; “A vida após a queimadura: enfrentando a dor”, que destaca as muitas dores a que estão sujeitos os indivíduos que

sofreram queimaduras; “Ah, se eu pudesse voltar ao normal”, unidade que toca na principal questão desta pesquisa, a saber, como vivemos todos, em nossa sociedade, sob o primado de normas que exigem de nós aparência perfeita e capacidade de trabalhar.

Percebe-se claramente, nos depoimentos dos sujeitos desta pesquisa que, ao afastarem-se dos padrões de beleza socialmente estabelecidos e da norma central em nossa sociedade que atribui à capacidade de trabalho a definição de normalidade aos indivíduos, ele se veem expostos a avaliações depreciativas por grupos sociais e ao estigma que nasce, muitas vezes, dentro da própria família.

Mostrou-se de extrema importância que o cuidado profissional venha de uma equipe preparada para lidar tanto com o sofrimento físico desses indivíduos, quanto com o sofrimento psíquico (dele e da família). Todavia, nem sempre isto é encontrado. Em centros especializados de atendimento a queimados, de acordo com os sujeitos, a assistência de melhor qualidade faz com que sintam mais confiantes em uma total recuperação.

As principais conclusões a que podemos chegar neste estudo, provavelmente devem ser a de que a assistência à saúde dos queimados precisa ser realizada por equipes multiprofissionais especializadas e a de que necessita ser trabalhada a capacidade da sociedade de conviver com as diferenças.

REFERÊNCIAS

ACTON, A. When we leave hospital: a patient's perspective of burn injury. ABC of Burns. **BMJ**. Vol. 329. Agosto, 2004. Disponível em <http://www.bmj.com/content/329/7464/504.full>, visitado em 10/10/2010.

BASZANGER, I., DODIER, N. Ethnography: Relation the Part to the Whole. In: SILVERMAN, D. **Qualitative Research: Theory, method and practice**. Sage Publication. London, 1997.

BERGAMASCO EC, et al. Body image of patients with burns sequellae: evaluation through the critical incident technique. **Burns**. 2(1)8:47-52, 2002.
BERNSTEIN, NR et al. **Coping strategies for burn survivors and their families**. Praeger. New York, 1988.

BLAKENEY, J; PARTRIDGE; RUMSEY, N. Community Integration. **Journal of burn care & research**. Vol. 28, n. 4, julho/agosto 2007.

BURNS. **World Heath Organization (WHO)**. Maio de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/> Acesso em: 20 jun 2012.
CARLUCCI, VDS et al . A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, Março, 2007 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100003&lng=en&nrm=iso. Visitado em 16 Dec. 2010. doi: 10.1590/S0080-62342007000100003

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luís Octávio Ferreira Barreto Leite. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2002.

CARVALHO, FL. **Significados da reabilitação: perspectivas de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28112011-162049/>>. Acesso em: 2012-06-28.

CHOINIERE M, MELZACK J, GIRARD N, PAQUIN MJ. The pain of burns: characteristics and correlates. **J Trauma**. 29(11): 1531-9, 1989.
CLASTRES, P. **Arqueologia de Violência**. Ensaio de Antropologia Política. São Paulo: Brasiliense, 1992.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**. 4 (2 Supl):15-25, 1996.

COSTA, MC. Mistura à brasileira. A questão do destino. 200. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

COSTA, MC. Intersubjetividade e Historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev Latino-am Enfermagem**; 10(3):372-82. maio-junho, 2002.

COSTA, MC et al. The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in Burns rehabilitation. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 16(2):252-9, Apr 2008.

COSTA, MC et al. Imagem Corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. **Cogitare Enfermagem**. 15 (02):209-2116, Abr/jun 2010.

COSTA ,ECFB, ROSSI LA. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev Esc Enferm USP**. 37(3): 72, 2003.

CSORDAS, T. **Corpo, Significado, Cura**. Porto alegre: Ed. da UFRGRS, 2008.

DA MATTA, R. **Conta de Mentiroso**: sete ensaios de antropologia brasileira. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

DURHAM, ER. **A dinâmica da cultura**: ensaios de antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

GAWRYSZEWSKI, VP at al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**. 28 (4): 629-640. Rio de Janeiro, 2012.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **O Saber Local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma**. Notas sobre manipulação da identidade deteriorada. 4º ed. LCT. Rio de Janeiro, 2008.

GOLDENBERG, M. **A Arte de pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 9º edição. Editora Record. Rio de Janeiro. São Paulo, 2005.

HARRIS, D. Types, causes and physical treatment of visible differences. In. LANSDOWN, R et al. **Visible Diferent**: Coping with disfigurement. Butterworth Heinemann. Oxford, 1997.

HELMAN, CG. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução: Claudia Buchweitz e Eduardo M. Garcez. 4º ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HOLSTEIN, JA., GUBRIUM, JF. Active Interviewing. In: SILVERMAN, D. **Qualitative Research**: Theory, method and practice. California, 1995.

LACERDA LA, CARNEIRO AC, OLIVEIRA AF, GRAGNANI A, FERREIRA LM. **Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo**. Rev Bras Queimaduras. 2010;9(3):82-88
LANSDOWN, R et al. **Visible Diferent**: Coping with disfigurement. Butterworth Heinemann. Oxford, 1997.

LANSDOWN, R et al. **Visible Diferent**: Coping with disfigurement. Butterworth Heinemann. Oxford, 1997

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Antropologia e sociedade. Tradução Marina Apenzeller. Campinas-SP: Papirus, 2003.

_____. **A Sociologia do Corpo**. Tradução Sonia M.S. Fuhrmann. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006.

_____. **Compreender a dor**. Tradução Manuel Anta. Portugal: Estrela Polar, 2007.

MAUSS, M. Noção de técnica corporal. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo. Edusp, v2, 1975.

MAYKUT, P., MOREHOUSE, R. Beginning Qualitative Research: a philosophic and practical guide. **The Farmer Press Teacher's Library**: 6. Routledge Falmer, London, 1994.

MILLER, J., GLASSNER, B. The "Inside" and the "Outside": Finding Realities in Interviews. In: SILVERMAN, D. **Qualitative Research**: Theory, method and practice. Sage, 1993.

MINAYO, M. C. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

OLIVEIRA, A F. Construção das emoções. Entrevista com David Le Breton. **Sociologia: Ciência e Vida**. Ano 3, número 23, 2009.
OLIVEIRA, R C. **Identidade, etnia e estrutura social**. São Paulo, 1976.

PARTRIDGE, J. **Changing faces**: the challenge of facial disfigurement. 2º ed. Changing Faces Publication. London, 1994.

QUEIROZ, R. **O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza**. São Paulo: SENAC, 2000.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; MARIA, I. Experiência da doença e narrativa. **Rev Bras Psiquiatr**, 2002.

RODRIGUES, JC. **O Tabu do corpo**. Coleção Antropologia e Saúde. 7º Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ROSSI, LA. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 35(4), p.336-45. São Paulo, 2001.

ROSSI, LA et al. Cultural meaning of Quality of life: perspectives of brazilian burn patients. **Disability & Rehabilitation**. 31:9, 712-719, 2009.

ROSSI, L et al. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 4(6), 1998.

RUMSEY, N. Historical and anthropological perspectives on appearance. In: LANSDOWN, R et al. **Visible Different: Coping with disfigurement**. Butterworth Heinemann. Oxford, 1997.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

_____. Corpo e Doença no Trânsito dos Saberes. **Rev. Bras. Ciências Sociais**, 25(64), p.77-91. São Paulo: outubro/2010.

SILVA, M F; SILVA, M J P. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, Junho, 2004 . disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200012&lng=en&nrm=iso. Visitado em 16 Dec. 2010. doi: 10.1590/S0080-62342004000200012.

UCHOA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, 1994.

VICTORA CG., KNAUTH, DR., HASSEN, MNA. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Um introdução ao tema. Tomo Editorial, Porto alegre, 2000.

VILARRUEL, A. Cultural perspectives of pain. In: LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories, researcher and pratices**. McGraw-Hill, p. 263-277. New York, 1995.

WEINBERG K, et al. Pain and anxiety with burn dressing changes: patient selfreport. **J Burn Care Rehabil**. 21(2):155-6, 2000.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação: Iniciais _____

Data ____/____/____

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Escolaridade: _____
4. Ocupação: _____
5. Estado civil: _____
6. Número de filhos? _____
7. Quando sofreu a queimadura?
8. Em que circunstâncias sofreu a queimadura?
9. Como foi para você o processo de internação após o acidente?
10. Você fez cirurgias reparadoras? Quantas?
11. Como era a relação com a equipe médica?
12. Quanto tempo ficou internado?
13. Você sentiu dor durante o processo de internação e reabilitação?
Conseguiria descrever como era essa dor para você?
14. O que mudou em sua vida após o acidente?
15. Como você se sente em relação a sua imagem corporal hoje?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr(a) _____, estamos desenvolvendo a pesquisa *Corporalidade e estigma: estudo etnográfico com pacientes em reabilitação de queimaduras*, a fim de compreender a imagem que pacientes em reabilitação de queimadura fazem sobre o próprio corpo. Para isso, gostaríamos de convidá-lo(a) a dar sua colaboração, permitindo que o(a) acompanhemos e o(a) observemos durante sua reabilitação, entrevistemos e gravemos a sua entrevista. A entrevista terá cerca de 30 minutos, podendo variar para mais ou menos. Será realizada no hospital onde está sendo atendido, em local previamente reservado ou, se preferir, em local de sua escolha, de forma que sua privacidade seja mantida.

Garantimos que as informações e opiniões serão tratadas em confidencialidade. Esclarecemos que a sua participação na pesquisa não lhe acarretará nenhuma despesa e que o(a) senhor(a) poderá retirar esse consentimento a qualquer momento, caso não seja do seu interesse continuar participando. Da mesma forma, não haverá nenhum tipo de risco ou benefício para o senhor(a).

O assunto será tratado de forma indireta, com muito tato por parte do entrevistador para que senhor(a) se sinta a vontade em falar sobre sua vida e, caso durante a entrevista o(a) senhor(a) sinta qualquer tipo de desconforto, poderá solicitar, sem nenhum impedimento, a finalização da entrevista. Haverá sempre, por parte do pesquisador, o cuidado no encaminhamento da entrevista para evitar quaisquer riscos ao(à) senhor(a). Se tal desconforto for detectado em ambiente hospitalar, a pesquisadora se compromete a informar a enfermeira responsável pelo plantão para as devidas providências (comunicar médico responsável, acionar a equipe de psicologia...), já que a intervenção não compete à formação profissional da pesquisadora.

Esse termo será assinado em duas vias contendo tanto sua assinatura como a do pesquisadores nas duas cópias, sendo garantida ao(à) senhor(a) uma das cópias.

Agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria Cristina Silva Costa
Escola de Enfermagem de Rib. Preto/USP
Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto, SP
Tel. (16) 3602-3408

Flávia Mestriner Botelho
Socióloga
Rua Amador Bueno, 1342, Apto 140 – Ribeirão Preto, SP
Tel. (16) 9182-2667

Eu, _____, aceito participar da pesquisa citada realizada em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sob confidencialidade e de que, caso queira desistir de participar a investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento, sem qualquer prejuízo para mim.

Ribeirão Preto, de _____ de 20__.