

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRAO PRETO**

**JANAINA TERESINHA DA SILVA JUNQUEIRA ASSIS**

**Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado  
por autoagressão após a alta hospitalar**

**Ribeirão Preto  
2010**

JANAINA TERESINHA DA SILVA JUNQUEIRA ASSIS

Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado  
por autoagressão após a alta hospitalar

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

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Toyoko Saeki

Ribeirão Preto

2010

## FICHA CATALOGRÁFICA

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.

### Ficha Catalográfica

Assis, Janaina Teresinha da Silva Junqueira.

Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por auto - agressão após a alta hospitalar. Ribeirão Preto, 2010.

100 f. : Il. ; 30cm

Dissertação de apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem psiquiátrica.

Orientadora: Saeki, Toyoko.

1. Queimadura. 2. Tentativa de suicídio. 3. Vida ocupacional. 4. Hospital.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Janaina Teresinha da Silva Junqueira Assis

Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão após a alta hospitalar

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

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

### BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## *DEDICATÓRIA*

*Ao Osmar, meu marido e companheiro, pelo amor, carinho, compreensão e apoio incansável,  
presença fundamental na minha vida.*

*Aos meus pais, Joana Dârc, Deraci e Wilson pela dedicação e incentivo em minhas decisões  
sem medir esforços, e que me ensinaram a ser uma pessoa responsável e decidida.*

*Amo Vocês.*

# AGRADECIMENTOS

*A Deus pela força, proteção e coragem nos momentos de cansaço e aflição.*

*Aos pacientes que sofreram queimaduras que aceitaram contribuir com suas histórias em momento tão difícil e especial de suas vidas.*

*À Profa. Dra. Toyoko Saeki, minha orientadora, pela dedicação, incentivo e oportunidade de aprendizado.*

*Aos meus colegas da Unidade de Queimados Enéas, Alessandra, Ritinha, Mi, Dri, Fer, Dr. Jayme, Jana, Cidinha (oficial administrativa) e a todos os auxiliares e técnicos de enfermagem pelo carinho e apoio sabendo compreender a importância deste trabalho e me apoiar.*

*À minha família prima Lillian, Kelly, Sheila, Ana e Fer, Rê, Vivian, Vinicius, minhas sobrinhas Vic e Isa, minha sogrinha Márcia e a tantos outros pelo apoio e compreensão nos momentos de minha ausência. Vocês estão sempre comigo!!*

*Aos meus queridos amigos Ritinha, Gabriel, Paula, Marcela, Tonhão, Léo, Gi, Kotani, Carol e agora a Pietrinha, Márcia, Jana carioca, pelos momentos de doçura e conversas em meus momentos de stress e inquietação.*

*A minhas colegas, estagiárias e aprimorandas terapeutas ocupacionais pela cooperação nos momentos em que precisei em especial a Dany e o amigo Jasson Sebastian, Paty, Dani, Gabi, Letícia, Marcela, Gi, Leila, Ana Paula, e tantos outros que pude compartilhar.*

*Aos docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e também a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Curso de Terapia Ocupacional: Prof.<sup>a</sup> (s) Dra. (s) Márcia Zago, Lídia Rossi e Marysia Mara R.P. De Carlo, e a todos aqueles que me auxiliaram na conclusão deste trabalho.*

*Às secretárias da Seção de Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas e, à Adriana, pela atenção que me foi dispensada.*

*A todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.*

**COM CARINHO... MUITO OBRIGADA A TODOS!!**

*"Ninguém pode livrar os homens da dor, mas será bendito  
aquele que fizer renascer neles a coragem para a suportar "*  
*(Selma Lagerlof)*

## RESUMO

ASSIS, J.T.S.J. **Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão após a alta hospitalar.** 2010. 100f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A queimadura pode ser considerada como um dos traumatismos mais destrutivos que o ser humano pode sofrer. Sua relevância decorre não só da frequência com que acontece, mas também, pelas sequelas funcionais, estéticas e emocionais que a queimadura provoca. A autoagressão é um dos motivos preocupantes e de difícil manejo tanto para a equipe de saúde como para toda a sociedade, visto que é uma situação que relaciona tanto aspectos subjetivos e culturais, como também religiosos e de saúde pública. Os objetivos desta pesquisa são: caracterizar os pacientes que sofreram queimadura térmica por líquido inflamável na tentativa de suicídio, após a alta hospitalar de uma Unidade de Queimados de um Hospital Universitário entre os anos de 2006 e 2009; investigar a vida ocupacional do paciente em suas atividades de vida diária e prática, atividades produtivas e de trabalho e as atividades de lazer após a alta hospitalar e identificar quais são os recursos que contam para prosseguir sua vida. Trata-se de um estudo qualitativo, em que a história oral foi utilizada como método de investigação na modalidade história oral temática. Para a análise dos dados, seguiram-se os passos da técnica de Análise Indutiva de Conteúdo. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2010. As entrevistas foram realizadas com oito pacientes queimados por autoagressão que forneceram subsídios para a construção de três núcleos de sentidos: “Morrer ou viver: a busca pelo atendimento de urgência/emergência”; “Os desafios enfrentados pelo paciente no retorno para casa” e “ Recursos e projetos futuros após a sobrevivência”. A partir da análise e discussão destas categorias, fica evidente a importância de conhecer estes pacientes em seu retorno para casa e saber por meio de suas experiências as principais dificuldades, avanços e desafios, bem como os recursos com que contam para enfrentar suas vidas, com um olhar atento para suas queixas relacionadas a ideias ou pensamentos de morte, a fim de atentar-se principalmente a possíveis reincidivas que certamente poderão ser letais; necessitando dos profissionais de saúde de urgência e emergência e dos familiares a capacidade, quando possível, de identificar um pedido de socorro ou ajuda com tomadas de ações mais efetivas e de acompanhamento a esses pacientes, mesmo com a falta de adesão ao tratamento. Para isso, é preciso conhecer a realidade e as necessidades dos serviços a partir das experiências das pessoas que recebem assistência nos mesmos e dos profissionais de saúde que as assistem.

**Palavras-Chave:** queimadura, tentativa de suicídio, vida ocupacional, hospital

## **ABSTRACT**

**ASSIS, J.T.S.J. Knowing the occupational life of burned patients by self-harm following hospital discharge.** 2010. 100 f. Thesis (Master's Degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

The burn can be considered as one of the most destructive traumas that humans can suffer. Its relevance stems not only on how often it happens, but also by functional sequelae, both aesthetic and emotional cause. Self-harm is one reason for concern and difficult to manage both for the health care team for the whole society, since it is a situation that relates both subjective and cultural aspects, as well as religious and public health. The objectives of this research are: characterizer of patients who suffered thermal burns of flammable liquid in a suicide attempt, after discharge from a burn unit of a university hospital between the years 2006 to 2009; investigate the occupational life of the patient in their activities of daily living and practical, productive activities and work and leisure activities after discharge and identify what resources they have to continue your life. This is a qualitative study in which oral history was used as a method of research in oral history form. For data analysis, followed the steps of the technique of Inductive Content Analysis. Data collection was conducted between August to October 2010. The interviews were conducted with eight patients burned by self-harm which provided subsidies for the construction of three groups of meaning: "To die or live: the search for urgent care / emergency," "The challenges faced by the patient upon returning home" and "Resources and future projects after survival." From the analysis and discussion of these categories, it is evident the importance of knowing these patients on their return home and learn from their experiences major difficulties, progress and challenges, as well as the resources that have to face their lives with a look attentive to their complaints related to ideas or thoughts of death, to pay attention mainly to relapsed possible that certainly could be lethal for health professionals needing urgent and emergency capacity and family whenever possible to identify a distress or help with more effective actions taken and follow-up of these patients despite the lack of adherence to treatment. For this, one must know the reality and needs of services from the experiences of people who receive the same assistance and health professionals who care for them.

**Key words:** burning, suicide attempt, occupational life, hospital

## RESUMEN

ASSIS, J.T.S.J. **Conociendo La vida ocupacional del paciente quemado por autoagresión, después de la alta hospitalaria.** 2010. 100 f. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Las quemaduras pueden considerarse como uno de los tipos de trauma más destructivos que el ser humano puede sufrir. Su relevancia está determinada no solo por la frecuencia con que acontece, sino también, por las secuelas funcionales, estéticas y emocionales que provocan. La autoagresión es uno de los motivos más preocupantes y de difícil manejo, tanto para el equipo de salud, como para la sociedad en sí, dado que es una situación relacionada tanto con aspectos subjetivos y culturales, como también, religiosos y de salud pública. Los objetivos de este trabajo de investigación son: caracterizar de los pacientes que sufrieron quemadura térmica por algún líquido inflamable dentro de un contexto de tentativa de suicidio, después de la alta hospitalaria de una unidad de quemados de un Hospital Universitario entre los años 2006 a 2009; investigar la vida ocupacional del paciente, incluyendo las actividades cotidianas diarias y prácticas, actividades productivas y laborales y las actividades lúdicas, después de la alta hospitalaria e identificar cuáles fueron los recursos determinantes para darle continuidad a sus vidas. Se usó un modelo de estudio cualitativo en que la historia oral fue utilizada como método de investigación en la modalidad Historia Oral Temática. Para el análisis de los datos, se siguieron los pasos de la técnica de Análisis Inductiva de Contenido. La recolección de los datos se hizo durante el periodo comprendido entre agosto a octubre de 2010. Se realizó entrevista a 8 pacientes quemados por autoagresión, quienes suministraron informaciones claves para la construcción de tres núcleos de sentidos: “Morir o vivir: la búsqueda en pro de la atención en el servicio de urgencias/emergencias”, “Los desafíos enfrentados por el paciente durante su retorno a casa” e “Los recursos y proyectos futuros después de haber sobrevivido”. A partir del análisis y discusión de las anteriores categorías, resulta evidente la importancia de conocer el contexto general de los pacientes en su retorno a casa y saber, a través de las experiencias de los mismos, las principales dificultades, avances y desafíos, además de los recursos involucrados en la confrontación de sus vidas; lo que incluye la observación atenta de quejas relacionadas con ideas o pensamientos suicidas, con el fin esencial de identificar posibles recidivas potencialmente letales y que ameritarían la intervención de profesionales de la salud involucrados con el servicio de urgencias y emergencias y familiares, además de la mayor capacidad posible de identificar un intento de pedir auxilio o ayuda, acoplado con la ejecución de acciones más efectivas, así como de seguimiento a ese tipo de pacientes, inclusive en casos de no adherencia al tratamiento establecido. De esta manera, es necesario que a partir de las experiencias de este tipo de pacientes, se conozca la realidad y las necesidades en la prestación de los servicios de salud involucrados, además, de los profesionales de la salud que laboran en éstos.

**Palabras Clave:** quemadura, tentativa de suicidio, vida ocupacional, hospital

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos pacientes queimados por autoagressão do sexo feminino, entre 2006 e 2009.....	52
Quadro 2	Caracterização dos pacientes queimados por autoagressão do sexo masculino, entre 2006 e 2009.....	57
Quadro 3	Óbitos dos pacientes queimados por autoagressão, entre 2006 e 2009.....	57
Quadro 4	Caracterização dos participantes da entrevista.....	59

# SUMÁRIO

## APRESENTAÇÃO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1 Considerações sobre o impacto da queimadura.....	19
1.2 Suicídio e tentativa de suicídio.....	22
1.3 A Unidade de Emergência e a contribuição da Terapia Ocupacional Hospitalar.....	27
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>37</b>
3.1 Referencial teórico: cultura, violência e saúde pública.....	38
3.2 Referencial metodológico.....	44
3.2.1 Local e sujeitos do estudo.....	47
3.2.2 Procedimento de coleta de dados.....	50
3.2.3 Análise dos dados.....	51
3.2.4 Aspectos éticos.....	52
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>54</b>
4.1. Apresentação dos Resultados e Discussão.....	55
4.1.1. Caracterização dos pacientes que sofreram queimadura térmica por líquido inflamável internados por tentativa de suicídio confirmada, entre 2006 e 2009.....	55
4.1.2. Caracterização dos pacientes queimados por autoagressão participantes da entrevista.....	58
4.2. Análise da vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão.....	61
4.2.1. Morrer ou viver: a busca pelo atendimento de urgência/emergência.....	61
• Lembranças: a história que motivou a queimadura e os tratamentos durante a internação.....	61
4.2.2. Os desafios enfrentados pelo paciente no retorno para casa.....	68
• Vivenciando as atividades de vida diária, trabalho e lazer: o tratamento pós alta e os desafios com o preconceito.....	68
4.2.3. Recursos e projetos futuros que dão sentido para prosseguir a vida.....	72
• A família e a religião enquanto apoio incondicional.....	72
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>99</b>

*APRESENTAÇÃO*

---

---

Em 2005, graduei-me em uma Faculdade de Terapia Ocupacional. Foi um dos melhores anos de minha vida, especialmente quando comecei a estagiar. Nas experiências com os estágios, descobri a importância em compreender o significado da vida e a superação de limites de cada paciente em seus diferentes perfis e demandas; cuidado este que necessitaria de grande acolhimento, escuta e aprofundamento tanto pessoal como profissional.

Em 2006, inscrevi-me no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) de Terapia Ocupacional em Saúde Mental pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) de um Hospital Universitário. Foi o meu primeiro contato na área hospitalar, bem como o meu primeiro contato com equipe multidisciplinar, pois, na faculdade não tive a oportunidade de passar por tal experiência como estagiária.

Em 2007, comecei a trabalhar na Enfermaria de Queimados de um Hospital Geral, como terapeuta ocupacional contratada. Na realidade jamais pensei em trabalhar com este perfil de pacientes, mas como sou uma pessoa que admira situações inovadoras, aceitei e me permiti esta oportunidade.

Por ser uma enfermaria de queimados pude encontrar em minha rotina de trabalho, dor e sofrimento, não só de crianças, adultos e idosos, como também de seus familiares e cuidadores.

Em um serviço de tratamento em queimaduras, decorrentes de acidentes domésticos ou de trabalho, há também a queimadura resultante de uma tentativa de suicídio, autoagressão ou queimadura autoinflingida, que exige uma intervenção profissional e situacional muito delicada por parte de toda a equipe. Tal fato é importante, porque quem trabalha com o paciente queimado ou já acompanhou um ente querido ou até mesmo já sofreu tal acidente, sabe o quanto são sofridos e dolorosos os procedimentos realizados pelo serviço como, por exemplo, o momento do banho, o desbridamento, os curativos, os momentos pré e pós-cirúrgicos, entre outros.

Ao iniciar meu trabalho na Unidade de Queimados, os primeiros pacientes que atendi foram de queimaduras por autoagressão. Ficava muito impressionada com a chegada desses pacientes na unidade, pois era tudo muito novo. Em vários momentos procurava discutir com a equipe de enfermagem e com a psicóloga do serviço as minhas dificuldades e o que pensavam a respeito. Era difícil para toda a equipe discutir sobre o assunto.

Quando comecei a fazer parte da equipe, inicialmente ficava assustada com toda a rotina, pois tinha como bagagem apenas a minha experiência com o aprimoramento em saúde mental em ano anterior em Hospital Dia e ambulatório de saúde mental na infância. Tal situação despertou-me o desejo de conhecer esses pacientes, pois a maioria não apresentava inicialmente transtornos mentais graves diagnosticados e por esse motivo percebi as dificuldades que temos enquanto profissionais de saúde em lidar com o adoecimento e a dor emocional evidenciada por uma tentativa de morte. Morte esta que nos toca e nos faz repensar muitas vezes sobre os sentidos de nossas vidas, e de certa forma, a busca de novos sentidos em nossa vida pessoal, profissional e espiritual.

Pensar sobre a morte, cuidar da dor do outro que chora e sofre com a experiência de uma queimadura e estar dia a dia em um ambiente hospitalar não é tarefa fácil. Muitas vezes me pergunto o que levou uma pessoa a tentar uma autoagressão com tamanha violência.

Outro pensamento é o quão dolorosa é a vida do paciente em seu processo de internação e, principalmente, o seu retorno para casa, bem como os olhares fora da enfermagem, sendo as sequelas físicas da queimadura o resultado de muita dor e sofrimento com sua vida, ressaltando que, na maioria dos casos, não são encontradas respostas e explicações decisivas para tal violência.

Pude perceber que, na maioria dos casos, os motivos que aparentemente eram declarados e que possivelmente levavam os pacientes a se matar eram: separações e brigas conjugais, uso de álcool e drogas, falta de sentido na vida, abandono, descrença em Deus, luto, desemprego, violência e abuso sexual na infância, junto a toda uma história de vida com “erros e tropeços” e, principalmente, arrependimentos.

Enquanto profissionais da área de saúde, nossa formação é direcionada para a cura e a promoção de saúde, e a aceitação de que em um hospital geral existam pessoas que tentam acabar com a vida, sendo que angústias e frustrações diversas são despertadas: Por que uma pessoa tentaria acabar com a sua vida de uma forma tão agressiva ou violenta, já que cada um de nós passamos ou passaremos por dificuldades e problemas que necessitarão ser enfrentados? Será que caberia pensar apenas em responder a tal pergunta, quando na verdade o que sobra muitas vezes é um grande impacto ocupacional na vida desses indivíduos?

Na verdade, não me preocupavam os motivos e sim como ficariam dali em diante. Quando estes pacientes recebiam a alta, ficava preocupada em como seria a volta para casa e se sabiam as dificuldades que iriam encontrar.

Uma observação importante é que muitos dos pacientes que foram internados na Unidade de Queimados estão em fase produtiva e muitos ainda são responsáveis financeiramente pelo sustento de suas famílias. Apesar da tentativa de morte, muitos se arrependem e apresentam-se preocupados com o futuro, outros, manifestam não querer mais viver, não veem mais sentido em suas vidas, pelo menos no início da internação.

A autoagressão é um dos motivos preocupantes e de difícil manejo tanto para a equipe de saúde como para toda a sociedade, visto que, é uma situação que relaciona tanto aspectos subjetivos e culturais, como também religiosos e de saúde pública.

A partir dessas observações, passei a questionar e refletir como seria a vida dessas pessoas após a alta hospitalar, pois, de certa forma, dentro do hospital estariam “protegidos” do preconceito social e assistidos por toda uma equipe multiprofissional.

Outra questão importante seria observar como enxergam e compreendem suas vidas após a alta hospitalar? Quais as suas capacidades e formas de enfrentamento frente não só à tentativa de morte, mas também, aos aspectos relacionados à queimadura, que deixaram marcas muito visíveis de uma lembrança situacional impactante?

Acredito que a presente investigação possa colaborar para a compreensão de como esses pacientes estão vivendo e retomando suas vidas após o trauma térmico frente a uma tentativa de morte, suas sequelas estéticas e funcionais; bem como a busca de um cuidado humanizado e holístico, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência oferecida.

Nesse sentido, acredito que seja fundamental ouvir essas pessoas e, a partir da análise de suas experiências, bem como dos significados nelas envolvidos, poder refletir, planejar e oferecer um atendimento e um ambiente que realmente seja acolhedor e minimize o sofrimento das mesmas.

## *1 INTRODUÇÃO*

---

---

## 1.1 Considerações sobre o impacto da queimadura

A queimadura é considerada como um dos traumatismos mais destrutivos que o ser humano pode sofrer. Sua relevância decorre não só da frequência com que acontece, mas também, pelas sequelas funcionais, estéticas e psicológicas que provoca (WERNECK; REICHENHEIM; CORPEGIANI, 1995).

O fogo tem se constituído em fonte de energia, facilitando em vários aspectos a vida humana desde sua descoberta, nos primórdios da história. Por outro lado, juntamente com os benefícios, o fogo expôs o homem ao mundo do trauma, sendo o causador de imensas tragédias, gerador de dor e sofrimento às suas vítimas (FERREIRA, 2006).

Os avanços no atendimento hospitalar de queimaduras têm contribuído para a sobrevivência de pacientes que sofreram trauma térmico, o que tem favorecido na redução da taxa de mortalidade entre vítimas de lesões de queimaduras. Contudo, muitas pessoas ainda ficam com sequelas e morrem a cada ano por causa da queimadura (DAVIDSON, 1995).

Pessoas acometidas por queimaduras extensas sofrem danos corporais e emocionais importantes. O medo da morte, o sofrimento advindo da dor, a separação de familiares, as alterações do corpo provocam estranhamento ao paciente e às pessoas ao seu redor, favorecendo o isolamento social, dificuldade na retomada de seu cotidiano anterior ao trauma térmico, papéis sociais e desempenho ocupacional (ASSIS, 2009)

O sofrimento emocional está presente nesse acontecimento seja durante o tratamento das lesões, assim como na convivência com as sequelas. Tal experiência é um fenômeno complexo que envolve aspectos psíquicos, culturais e sociais importantes (ASSIS, 2009).

A queimadura é entendida como a lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica, elétrica, radioativa e química. É classificada em três graus (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

A lesão de 1º grau atinge apenas a epiderme, tendo como características, eritema e ardor na pele, sem formação de bolhas. A lesão de 2º grau atinge a epiderme e parte da derme, caracterizada por ardor, eritema e presença de vesículas. Já a de 3º grau atinge a epiderme, a derme e, às vezes, também o tecido

---

subcutâneo, tendo como características, pele com aspecto esbranquiçado ou marmóreo, com redução da elasticidade tecidual, tornando-se rígida (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

A fisiopatologia de uma queimadura pode ser expressa em quatro fases que se sobrepõem, mas em geral indicam o choque neurogênico, o choque por perda de líquido, a infecção, degeneração do tecido queimado e a reparação (FREITAS; MENDES, 2006).

As queimaduras podem ser decorrentes de acidentes, tentativas de suicídio e homicídio. O processo que leva à queimadura pode ser desencadeado tanto por condições existentes, anteriormente, como por alcoolismo e transtornos psiquiátricos (GOMES; SERRA; PELLON, 1995; FREITAS; MENDES, 2006).

As lesões por queimaduras são classificadas, de acordo com o mecanismo agressor, em físicas e químicas. As queimaduras causadas por agentes físicos podem ser térmicos, radiantes e elétricos. Já as queimaduras causadas por agentes químicos podem ser provocadas por ácidos ou álcali (VALE, 2005; GOMES; SERRA; PELLON, 1995; FREITAS; MENDES, 2006; ROSSI *et al.*, 2003).

No Brasil, muitos produtos inflamáveis são vendidos sem controle, sendo identificados mais de 25.000 produtos capazes de causar queimaduras. Os agentes térmicos, principalmente o álcool, são os maiores causadores de queimaduras em pacientes admitidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (ROSSI *et al.*, 2003).

De acordo com Vale (2005), segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil, acontece um milhão de casos de queimaduras a cada ano, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte no país, perdendo apenas para outras causas violentas e de homicídios.

Um estudo realizado na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto demonstrou que 80% dos acidentes que vitimaram os pacientes internados ocorreram em ambiente doméstico, atingindo, principalmente, crianças; 8% dos acidentes ocorreram no trabalho, atingindo pacientes adultos do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos; 7% dos pacientes foram vítimas de tentativas de suicídio; 3% de acidentes automobilísticos e 2% foram vítimas de agressões (ROSSI *et al.*, 1998).

Outro estudo demonstrou que crianças menores de cinco anos e adultos acima de 65 anos têm maior índice de mortalidade, três quartos destas mortes ocorrem em casa, sendo, na criança, a causa principal líquidos fervendo sobre o corpo e, no idoso, a queimadura provocada por chama (PERITI; DONATI, 1995).

O grau e a duração da dor que um paciente suporta, na trajetória de seu tratamento, dependem de fatores como extensão e localização da queimadura, estado emocional, nível de ansiedade e de tolerância à dor, cultura e faixa etária (ROSSI et al., 2000).

A dor da queimadura está geralmente relacionada com atividades específicas tais como limpeza da ferida, desbridamento, mudança de curativos e fisioterapia. Por isso é manifestada com maior intensidade principalmente na primeira e na segunda fase da queimadura, momentos em que esses procedimentos são realizados com maior intensidade (ARTZ; MONCRIEF; PRUIT, 1980).

Já no período próximo à alta hospitalar diagnósticos como dor aguda, depressão, padrão de sono perturbado, conhecimento deficiente de cuidados, imagem corporal perturbada, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado e risco para infecção puderam ser observados (GOYATÁ, 2005).

O processo de reabilitação envolve diferentes aspectos como, por exemplo, o enfrentamento das mudanças corporais pelo cliente, familiares e pessoas próximas; possíveis dificuldades nas atividades físicas, devido a retrações teciduais e dores; dificuldades inerentes ao tratamento das cicatrizes pós-alta hospitalar e o retorno ao trabalho, escola e convívio social que estão diretamente ligados com a qualidade de vida destes pacientes e familiares (FERREIRA, 2006).

O compromisso de melhorar a qualidade de vida do paciente queimado é uma tarefa árdua, sendo muito importantes a dedicação e a perseverança na assistência a ele prestada, de forma a compreender sua cultura, seu meio, desejos e significados frente à vida e à morte. Dessa forma, é preciso entendê-lo enquanto pessoa, com características muito especiais consequentes da situação traumática vivenciada.

A partir de reflexões sobre a condição de estar queimado, é necessário que as pessoas ao lidar com este tipo de paciente, partam do pressuposto de que as queimaduras graves ocorrem em segundos, mas podem deixar sequelas para a vida toda, seja incapacitando o indivíduo, seja desfigurando-o irreversivelmente.

## 1.2 Suicídio e tentativas de suicídio

A palavra suicídio etimologicamente (sui = si mesmo; caedes = ação de matar) significa uma morte intencional autoinflingida (ABC DA SAÚDE, 2005). Vários autores, pensadores e filósofos formularam suas definições do suicídio:

“Sêneca o define como “um ato de heroísmo”, Goethe como “um ato próprio da natureza humana e, [que] em cada época, precisa ser repensado.”, Kant como “a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal.”, Rousseau como “uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros.”, Nietzsche como “admitir a morte no tempo certo e com liberdade.”, Sartre como “uma fuga ou um fracasso.”, Shopenhauer como “positivação máxima da vontade humana.”, e Durkheim como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”.

(SILVA, 1992)

No ano de 1998, as mortes por suicídio no Brasil responderam pelo quarto lugar em frequência de todas as mortes ocorridas, ficando atrás dos homicídios, atropelamentos e mortes suspeitas, sendo que em 1999 o suicídio ocupou o sexto lugar. Em 2000 e 2001, as mortes por suicídio ocuparam o quinto lugar nas estatísticas gerais e, em 2002, o quarto lugar, precedidas pelos homicídios, acidentes de trânsito e mortes a esclarecer (BAPTISTA; BORGES, 2005).

No ano 2000, estimou-se que aproximadamente um milhão de pessoas suicidou-se: uma taxa de mortalidade global de 16 por mil habitantes, ou uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa de suicídio a cada três segundos, em média, o que aponta para o impressionante aumento de cerca de 60% nas taxas de suicídio, durante menos de meio século ((WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

No ano de 2001, o suicídio representou 1,4% do fardo global de doenças, e as projeções indicam que atingirá 2,4% no ano de 2020 (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2004).

Em 2003, cerca de 900 mil pessoas cometeram suicídio no mundo inteiro. Em 2004, aproximadamente oito mil brasileiros tiraram a própria vida. Embora a taxa média no Brasil não seja considerada alta (4,5 suicídios a cada 100 mil pessoas), o problema vem crescendo em certos segmentos da população, como homens mais jovens, índios, idosos, trabalhadores do setor agrícola que tiveram a saúde

---

prejudicada por pesticidas e mulheres jovens gestantes moradoras de rua. Algumas cidades brasileiras possuem taxas acima da média nacional, como Porto Alegre, onde em 2004 na população masculina registraram-se 16 casos para cada 100 mil homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos). Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação. Para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas. Cerca de 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio. Essas taxas variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 a 2004. No entanto, como se trata de um país populoso está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Quanto ao comportamento suicida não mortal, ou seja, tentativa de suicídio, são poucos os países que possuem dados epidemiológicos fidedignos, devido às dificuldades para o registro dessas informações. Contudo, estima-se que os coeficientes sejam, pelo menos, dez vezes superiores aos do suicídio, sabendo-se ainda que, entre 15% e 25%, das pessoas que tentaram suicídio, tentarão se matar no próximo ano e 10% o consumarão nos próximos dez anos (HOLLEY; FICH e LOVE, 1998, BOTEAGA; RAPELLI, 2002; BOTEAGA; RAPELLI; FREITAS, 2004; BOTEAGA et al., 2006).

O Brasil enfrenta dificuldade em notificar seus dados estatísticos corretos em função do preconceito em relação ao ato suicida e às pressões religiosas que existem em nosso país (BARROS, 1991).

Outras razões para o menosprezo do suicídio incluem, além do estigma, fatores sociais e políticos, regulamentos de seguro de vida, dos quais alguns suicídios podem ser informados sob disfarce de acidentes ou morte por causas indeterminadas (MOSCICKI, 1995).

As relações entre idade e sexo e suicídio, assim como a frequência destes, variam muito no que concerne ao país estudado. Entretanto, de maneira geral, é

---

mais comum entre os homens com idade entre 25 e 35 anos, ao passo que as tentativas de suicídio são mais usuais em mulheres com idade entre 18 e 30 anos (MELLO, 2000).

Dados do setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto realizados por Ficher e Vansan (2008) revelaram que as tentativas de suicídio foram, em números, significativamente mais frequentes nas mulheres (77%) do que nos homens (23%).

No Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), estudos também demonstram a prevalência do sexo feminino nas tentativas de suicídio e que homens e mulheres apresentam formas diferentes de buscar alívio em situação de crise, sendo com as mulheres a maior frequência na procura de tratamento psiquiátrico e cultos religiosos (STEFANELLO, 2007).

Há alguns indicadores de que o suicídio estaria altamente relacionado aos desempregados, brancos, com patologia psiquiátrica, uso de álcool e drogas, tal como com tentativa de suicídio anterior. Entre as pessoas que tentam o suicídio é comum a presença de problemas psicossociais, tais como: separações, perdas de pessoas queridas e perda de emprego (VAN EGMOND; DIEKSTRA, 1989).

O suicídio também está relacionado a vários tipos de doenças. Já foi referido, entre outras, à AIDS, ao pós-acidente vascular cerebral, ao infarto do miocárdio, à esclerose múltipla, à doença de Parkinson e à insuficiência respiratória crônica de diversas etiologias, mas as psiquiátricas são as mais relatadas (MELLO, 2000).

Através dos tempos, observa-se que os meios utilizados para o suicídio quase sempre envolvem o uso de instrumentos cortantes e penetrantes, armas de fogo, envenenamento, métodos traumáticos de asfixia, salto de alturas sob veículos. Quanto aos aspectos dinâmicos dessa forma de comportamento autodestrutivo, fatores como dependência, agressão, hostilidade, culpa e angústia parecem constantes na dinâmica do suicídio (SILVA; BOEMER, 2004).

Mello (2000), em seu estudo sobre o suicídio e suas relações com a psicopatologia, constatou que, sem dúvida, a doença mental acarreta maior possibilidade de suicídio, constituindo um dos fatores preditivos mais poderosos ao lado de prévia tentativa de suicídio; porém, nem todos os suicidas estão doentes mentais.

Soares (2003) desenvolveu seu estudo sobre a prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves, com idade entre 18 e

65 anos, e que tiveram contato com os serviços de saúde mental. Verificou que ideação e tentativas de suicídio foram bastante prevalentes na população estudada, o que deve ser sempre investigado pelos profissionais de saúde mental, para que se consiga tomar as devidas condutas, como o manejo dos sentimentos de culpa e depressão, além do ajuste correto da medicação para o transtorno mental.

Geralmente a doença mental acontece quando a pessoa perde a capacidade de escolher e agir de acordo com a sua vontade. No caso do suicídio patológico, a morte não configura uma escolha deliberada, mas é ação norteada pela doença (MELLO, 2000).

Considera-se o paciente queimado por tentativa de suicídio como um doente mental, quando seu ato de autoagressão é um sintoma qualquer, fora da normalidade. É um paciente muito difícil e frustrante, pois chega com queimaduras muito severas e muitas vezes mobiliza forças internas para conseguir seu objetivo, seja sob a intensa influência do ódio ou mesmo pela culpa da qual tenta escapar morrendo (GOMES; SERRA;PELLON, 1995).

Ferreira (1997), em seu estudo na Unidade de Queimados do HCFMRP/USP, entrevistou duas pacientes: uma suicida confirmada e outra não confirmada. Foram levantados pontos comuns e incomuns nas duas histórias de vida, sendo observados a agressividade, os relacionamentos afetivos conturbados e a dificuldade para trabalhar com as perdas.

Alguns eventos da vida como brigas, problemas de relacionamentos amorosos e familiares, morte de ente querido, separação ou abandono, perdas financeiras, gravidez indesejada, aborto e inconstância religiosa podem ser relacionados à tentativa de suicídio (RIBEIRO, 2006).

Alguns indivíduos que tentaram o suicídio relataram que não queriam morrer. Porém, deve-se ressaltar que o indivíduo é responsável pela sua autodestruição, de forma consciente e real. Tais indivíduos possuem uma vivência tóxica do mundo e essa vivência implica em um desejo de morte, ou de a todo o momento estar suicidando-se (CAMON, 1992).

Outro estudo afirma que a tentativa de suicídio mais do que um gesto que cala, é um gesto que fala, pois o suicida não procura a morte, mas a vida. O ato suicida trata-se de um derradeiro grito de confirmação da sua própria existência, embora ele aparente extremo desespero e desistência (FUKUMITSU, 2005).

---

Cassorla (1984) traz diversas reflexões sobre as maneiras e mecanismos de como as pessoas podem matar-se ou contribuir para sua própria morte; ressalta que existem em todos nós instintos de vida e de morte, e percebendo que se trata de uma conceituação muito ampla, inclui comportamentos que não imaginamos tratar de suicídio ou tentativas de suicídio:

[...] um fumante inveterado, já com problemas pulmonares e cardíacos que não pára de fumar [...] pessoas que gostam de viver perigosamente conscientes ou não do risco que correm, acreditando-se imunes a eles[...]a anorexia nervosa em que o indivíduo morre porque perde a vontade de comer[...]. (p.10-12).

Seria importante, que todo o indivíduo que se defrontasse com o seu sofrimento se engajasse em um enfrentamento, de forma a conseguir entender a si mesmo como alguém maior que o problema que possui, ou seja, se conseguisse visualizar, em sua vida, outras possibilidades e potencialidades que tem a desenvolver, apesar da situação de sofrimento (SELLI, 2007).

O paciente queimado por tentativa de suicídio constitui um dos maiores desafios para a capacidade terapêutica, por ser um ato de impacto que coloca a equipe em situações de ambiguidades de vida e morte, de amor e de ódio e desconhecimento sobre os significados de tal ato para o paciente.

A literatura que aborda o tema suicídio é consideravelmente ampla, porém no Brasil há poucos estudos nesta área. Na pesquisa bibliográfica, hipóteses, teorias, tentativas de explicação sob diversos enfoques em torno desta questão complexa são encontradas. Entretanto, esse tema de pesquisa não está esgotado devido a inúmeras possibilidades na forma de abordar essa questão e à complexidade do problema (BAYLON; MARQUETTI; MOYA, 2008).

Baptista (2006) refere que os estudos quantitativos sobre as tentativas de suicídio ou o suicídio são de suma importância. No entanto, a abordagem qualitativa se faz necessária para compreender os comportamentos, sentimentos e cognições que levam alguém a tentar o suicídio.

O conhecimento dos problemas fisiopatológicos e dos problemas psicossociais que o paciente queimado enfrenta é essencial para a sua qualidade de vida, bem como toda a assistência prestada. Partindo-se dos estudos e levantamentos bibliográficos efetuados acerca do paciente queimado, observa-se

---

maior enfoque em torno do aspecto físico, deixando-se muitas vezes de ser ressaltada a importância dos aspectos psicossociais destes pacientes.

### **1.3 A Unidade de Emergência e a contribuição da Terapia Ocupacional Hospitalar**

A Unidade de Emergência de um hospital é, normalmente, o lugar destinado ao atendimento de pessoas que necessitam de cuidados especiais e urgentes. A procura por este serviço ocorre pela manifestação súbita e inesperada de sintomas que necessitam de diagnóstico e/ou cuidados imediatos (BARBOSA *et al.*, 2007).

Os atendimentos às urgências e emergências são, em sua maioria, centralizados nos hospitais. O acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) aos serviços de saúde deve ser feito a partir das unidades de atenção básica e referenciados para outros níveis de atenção, conforme a necessidade de recursos a serem utilizados para diagnóstico e resolução do quadro apresentado (SANTOS, 2002).

O termo emergência é derivado do latim *emergentia* e significa situação crítica. O termo urgência também vem do latim *urgentia*, que significa caso ou situação de emergência (FERREIRA, 1999).

O Conselho Federal de Medicina - CFM, pela Resolução 1451/95, define como URGÊNCIA, “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e EMERGÊNCIA, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

Em pesquisa realizada sobre o atendimento pré-hospitalar móvel na cidade de Ribeirão Preto, observou-se que quanto às solicitações para o atendimento móvel de urgência, modalidade suporte básico, registradas pela Central Única de Regulação, segundo a idade do usuário, 15,49% dos chamados foram para a faixa etária entre 20 e 30 anos e 14,66% para a faixa etária maior que 60 anos. Os motivos mais frequentes foram por agravos traumáticos 15,10%, problemas

---

gastrointestinais 13,25%, problemas cardiovasculares 11,84% e problemas respiratórios 9,56%. Já para as solicitações de atendimento de suporte avançado, 29,51% dos chamados foram para pessoas com idade superior a 60 anos, seguidos por 13,11% para a faixa etária entre 40 e 50 anos e 11,48 entre 50 e 60 anos. Evidenciou-se, ainda, que para 47,6% dos chamados, os pacientes foram encaminhados para a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (UEHCFMRP-USP) (FERNANDES, 2003).

Com a finalidade de organizar e difundir estratégias educacionais e assistenciais, o serviço de regulação médica (RM) de toda demanda hospitalar de urgência foi implantado no país. Em 2002 este serviço foi ampliado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2.048/GM da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituindo o Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. Este regulamento preconiza que, por meio do acionamento e da intervenção das centrais de (RM), os atendimentos terão como finalidade a atenção qualificada e resolutiva, sendo garantidos o acolhimento, a estabilização, quando necessária, e a referência adequada dos pacientes graves (BRASIL, 2002; SANTOS et al., 2003).

A Unidade de Emergência de um hospital é um local onde a angústia, o medo e as incertezas se potencializam. Perez (2005) aponta como uma situação-limite a vivência da hospitalização em uma Unidade de Emergência, local em que a pessoa pode apresentar quadros de desorganização psíquica, ansiedade, entre outros, já que sua capacidade adaptativa é posta à prova neste momento.

A internação, em uma situação de urgência/emergência, traz impacto não só para o paciente, mas para a sua família e/ou cuidadores que vivenciam um momento de crise que vai desde o diagnóstico inesperado até a ansiedade, o medo, o estresse e a percepção de proximidade com a morte (BARBOSA et al., 2007; PINHO; KANTORSKI, 2006).

Em função da emergência, pacientes e familiares são conduzidos a essa situação sem ao menos poderem refletir a respeito. O desconhecido, a urgência, a insegurança, o incômodo ao sentir dor, a preocupação com a existência de recursos materiais e humanos que possam suprir suas necessidades a tempo promovem angústias e fantasias muitas vezes impensáveis (COPPE; MIRANDA, 2002).

Esses mesmos autores, na observação do cotidiano em uma Unidade de Emergência, evidenciaram que pacientes com níveis de ansiedade elevados e

---

transtornos de ajustamento, comumente apresentam histórico de vínculos emocionais escassos, com baixa criatividade e, portanto, com grandes dificuldades de adaptação à situação emergencial.

A hospitalização pode trazer ao paciente e a seu familiar um emaranhado de sentimentos, como raiva, dúvida, insegurança e depressão, pois o retira de um ambiente em que se sentia seguro, de seu trabalho, de sua casa e o coloca em uma situação na qual a sensação de perda, principalmente de sua autonomia e submissão aos cuidados e tomadas de decisão por outros, é evidente (BARBOSA et al., 2007; SCHNEIDER et al., 2008).

A primeira escola de Terapia Ocupacional foi fundada em 1915 em Chicago/EUA. No Brasil, em 1946, foi criado no Rio de Janeiro o Serviço de Terapia Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional, cuja direção ficou ao encargo da Dra. Nise M. da Silveira. Em 1948, a profissão de Terapia Ocupacional foi reconhecida na Europa e em 1951 foi criada a Federação Mundial de Terapia Ocupacional.

A sociedade geralmente confunde a Terapia Ocupacional, enquanto profissão, com a ocupação no senso comum, sendo que o objetivo deste profissional não é o de ocupar o paciente e sim utilizar deste meio para tratar os aspectos alterados que ele apresenta na esfera biopsicossocial.

As ocupações são definidas como coisas comuns e familiares que as pessoas fazem no dia a dia, consideradas também como as atividades que dão sentido em suas vidas (EARLY, 2004; NEISTADT; CREPEAU, 2002).

Entende-se que a pessoa com queimaduras pode apresentar dificuldades na sua rotina de afazeres e preocupações com sua imagem corporal em decorrência das sequelas estéticas e funcionais que exigem um longo tratamento mesmo após a primeira alta hospitalar. Desta forma o terapeuta ocupacional tem como um dos seus principais objetivos reestruturar o cotidiano dessas pessoas, além de favorecer o desempenho ocupacional e promover estratégias que favoreçam sua vinculação com o meio social.

Quando pensamos em cotidiano, conforme relata Benetton, Ferrari e Tedesco (2003), este conceito passou a ser estudado pelas ciências sociais no século XIX, sendo entendido a partir daí como elemento constituído da trama social.

Numa linguagem mais simples, entende-se que a vida cotidiana é o dia a dia, a vida dos mesmos gestos, dos ritmos de todos os dias como: levantar nos horários certos, ir ao trabalho, à escola, preparar o café da manhã, o almoço, praticar um

---

esporte, enfim, atividades que se fazem de uma maneira mais mecânica e automatizada (NETTO e CARVALHO, 1996).

A Terapia Ocupacional é considerada como a arte e ciência de ajudar pessoas a realizarem atividades diárias, que são importantes para elas, apesar das incapacidades, ou deficiências. Dessa forma, “ocupação” em terapia ocupacional não se refere simplesmente a profissões ou a treinamentos profissionais, refere-se a todas as atividades que ocupam o tempo das pessoas e dão sentido às suas vidas (NEISTADT e CREPEAU, 2002).

Outro conceito muito importante é relatar sobre as áreas de desempenho ocupacional. Na internalidade da Terapia Ocupacional essas áreas são divididas em atividades diárias, atividades laborativas e produtivas e atividades de lazer e diversão. Para melhor entendimento, descrevem-se abaixo as áreas de Desempenho Ocupacional definidas na terminologia uniforme da *American Occupational Therapy Association* (AOTA), (NEISTADT e CREPEAU, 2002):

- **Atividades da Vida Diária (AVD):** refere-se a arrumar-se, higiene oral, tomar banho, higiene sanitária, cuidado próprio, vestir-se, alimentar-se, rotina médica, manutenção da saúde, socialização, mobilidade funcional e mobilidade comunitária.
- **Atividades Profissionais e Produtivas:** administração da casa (cuidado com a roupa, limpeza, preparação da comida, fazer compras, administração do dinheiro, manutenção do domicílio, procedimentos de segurança), cuidar dos outros, atividades educativas e atividades vocacionais (exploração vocacional, aquisição de um trabalho, planejamento da aposentadoria, participação voluntária).
- **Atividades de Diversão e Lazer:** exploração do lazer e diversão e execução de jogos, lazer e diversão.

O desempenho em ocupações pode, ainda, ser considerado de acordo com os **componentes de desempenho**, tidos como as habilidades ou funções que apoiam a capacidade para o desempenho, a exemplo encontram-se a força muscular, o equilíbrio, a memória, habilidades psicossociais e psicológicas, entre outras. As ocupações também se efetivam em **contextos de desempenho** que consideram dimensões temporais e ambientais (EARLY, 2004; PEDRETTI; EARLY, 2004).

A nova perspectiva da Terapia Ocupacional no contexto hospitalar, com a dedicação a quadros clínicos agudos, atuando com enfoque na promoção de saúde

---

e da qualidade da vida ocupacional, mesmo durante o período de internação hospitalar, é muito recente. Essa tendência tem como foco primordial a qualidade de vida do indivíduo hospitalizado, considerando as condições e necessidades com o ambiente e da relação com a família e equipe, em sua globalidade, integralidade e complexidade. Um nível mais elevado da qualidade de vida implica em aumento da autoestima e melhores estados de humor e de motivação para a recuperação da saúde o mais rapidamente possível (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Quando um sujeito é submetido ao processo de hospitalização, vivencia a alteração da rotina, o afastamento do convívio familiar, do trabalho e da escola. Experimenta um cotidiano muito particular, uma rotina institucional marcada por abordagens voltadas para as condições clínicas, submete-se a diversos tipos de tratamento e de procedimento, geralmente desprovidos do respeito à intimidade neste espaço coletivo que é a enfermaria. Assim, essa ruptura do cotidiano associada à estressante rotina hospitalar acaba por intensificar desconfortos físicos e psicológicos ocasionados pela situação clínica do paciente (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

O sofrimento provocado pela doença e as imagens e representações socialmente construídas sobre estar doente e sobre o próprio hospital podem levar o paciente a um sofrimento psíquico. O paciente e sua família podem passar por períodos de crise, como de admissão, negação, raiva, tristeza e depressão (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

As condições clínicas que determinaram a internação podem resolver-se sem maiores desdobramentos, a curto prazo, ou virem a fazer parte de um processo mais longo e/ou intenso, com constantes reinternações ou idas e vindas ao atendimento ambulatorial. A alta hospitalar é um momento de grande complexidade, e o paciente deve estar bem orientado e preparado do ponto de vista prático e emocional para enfrentar possíveis problemas que venham a se apresentar, como a falta de equipamentos adaptados, por exemplo (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Nesse contexto, estão presentes, tanto para pacientes quanto para profissionais, questões ligadas à fragilidade da vida e à eminência da morte; à preocupação com família, à emergência do tempo em relação à solução de

situações cotidianas pendentes ou projetos que o paciente ainda gostaria de realizar; à dor física e emocional e outras consequências do adoecimento; à perda da qualidade de vida decorrente da ruptura do cotidiano; à preparação para o retorno à casa e ao trabalho. Na diversidade de valores éticos e culturais, morais e religiosos, entram em choque valores, expectativas e desejos diante dessa nova realidade, da eminência da dor e do sofrimento.

Tudo isso repercute diretamente no aqui e agora, alterando as reações, posicionamentos e manifestações do paciente que modificam suas atitudes em relação à hospitalização, ao diagnóstico, à intervenção cirúrgica e ao futuro (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Dessa forma, a Terapia Ocupacional no contexto hospitalar foca suas intervenções nas consequências, no dia a dia, da enfermidade e da própria internação hospitalar. O objetivo primordial é a promoção da qualidade de vida do indivíduo hospitalizado em sua integralidade, com vistas ao melhor dimensionamento de soluções para suas condições de permanência no ambiente hospitalar, suas relações com a equipe profissional que o atende e as necessidades de sua família e/ou acompanhante. O terapeuta ocupacional deve trabalhar de forma a descobrir suas necessidades e buscar as soluções possíveis nesses períodos, de modo a minimizar as condições adversas por meio do uso de diferentes recursos e/ou técnicas terapêuticas ocupacionais (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

A atuação abrange desde a humanização e a reorganização de seu cotidiano e de atividades promovidas no próprio espaço hospitalar até suas interfaces entre família e a equipe, voltando-se ainda para a capacidade funcional, o desenvolvimento de capacidade remanescentes, à busca de adaptações e alternativas para o desempenho ocupacional e à melhor elaboração dos aspectos socioemocionais envolvidos no processo de hospitalização, como dor, separação, sofrimento, perda, morte, problemas decorrentes do afastamento do trabalho e dificuldade de retorno ao ambiente doméstico (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Pode-se, então, denominar que o terapeuta ocupacional é aquele habilitado na equipe para avaliar e intervir sobre a saúde ocupacional do sujeito, adaptando suas atividades e seu ambiente às suas demandas e disfunções, além de orientar o próprio paciente, familiares, acompanhantes e membros da equipe

---

quanto à importância da realização de suas atividades de vida diária e de outras atividades significativas, preservando ao máximo sua independência, autonomia, satisfação e qualidade de vida (MELLO; DE CARLO; BARROSO; SEABRA, 2004).

O paciente queimado em fase aguda apresenta certas características físicas e emocionais decorrentes do trauma sofrido e do tratamento recebido. Pode estar sofrendo dos efeitos sistêmicos ou locais, sendo a dor um elemento constante e intenso durante toda a recuperação do paciente queimado. Com este contexto, o paciente pode tornar-se ansioso ou amedrontado, manifestando irritação, tensão, fadiga, depressão, dificuldade de concentração, diminuição de apetite e gradativa diminuição da tolerância à dor (SIQUEIRA; JULIBONI, 2000).

Conforme o paciente vai se conscientizando do que lhe aconteceu, surgem dúvidas sobre como seu corpo ficará, se haverá marcas, sequelas e/ou deformidade. O fato de ver seu corpo na situação atual somado ao processo de cicatrização resulta em mudanças e desajustes no esquema e imagem corporal, além de um sentimento de estranheza do corpo que agora possui (SIQUEIRA; JULIBONI, 2000).

A imobilização por prolongado tempo, exigida por algumas técnicas cirúrgicas e por curativos oclusivos, pode resultar em perda de força muscular e até de coordenação motora. O paciente pode ficar dependente em suas atividades de vida diária, principalmente de autocuidado (SIQUEIRA; JULIBONI, 2000).

Para De Carlo; Bartalotti e Palm (2004), a hospitalização, primeiramente, envolve, para o sujeito internado, o sofrimento relacionado ao “estar doente”, tanto pelos sintomas como pelo significado atribuído ao paciente, sujeito que espera e recebe cuidados. Envolve também romper seu cotidiano e suas relações sociais, o que mantém o sujeito afastado de sua família e pessoas a quem estima, além de vivenciar situações estressantes da rotina hospitalar.

A internação por consequência de uma situação aguda ou crônica modifica todo o cotidiano da família que acompanha, já que este comumente não vai sozinho ao hospital, seu familiar o acompanha e vive com ele sua dor e sofrimento.

Junto a essa função focada no sujeito, o terapeuta ocupacional tem como ações no contexto hospitalar promover a humanização do ambiente e das relações interpessoais, junto com a equipe de profissionais de saúde, a integração da família no processo terapêutico, a abordagem da alta e seus preparativos e a facilitação

para o sujeito desempenhar suas atividades de vida diária e retorno das atividades realizadas em seu cotidiano, de acordo com suas capacidades (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

*2 OBJETIVOS*

---

---

- Caracterizar os pacientes que sofreram queimadura térmica por líquido inflamável na tentativa de suicídio, após a alta hospitalar de uma Unidade de Queimados de um Hospital Universitário, entre os anos de 2006 a 2009;
- Investigar a vida ocupacional do paciente em suas áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária, atividades produtivas e de trabalho e as atividades de lazer após a alta hospitalar;
- Identificar quais são os recursos (materiais/ humanos/ religiosos) com os quais a pessoa conta para prosseguir sua vida.

### *3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO*

### 3.1 Referencial teórico: cultura, violência e saúde pública

A saúde pública é, acima de tudo, caracterizada por sua ênfase na prevenção. Em vez de simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida é a forte convicção de que tanto o comportamento violento quanto suas consequências podem ser evitados. Para a Organização Mundial da Saúde, a violência é vista como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug, et al., 2002).

Na resolução da *World Health Assembly* (WHA) 49.25, de 1996, que declara a violência como um dos principais problemas de saúde pública, a Assembleia Mundial da Saúde solicitou à Organização Mundial da Saúde que desenvolvesse uma tipologia da violência que caracterizasse os diferentes tipos de violência, bem como os vínculos entre eles. Há poucas tipologias e nenhuma delas é muito abrangente (SHNEIDMAN, 1985).

A tipologia proposta dividiu a violência em três grandes categorias, conforme as características de quem comete o ato de violência em Violência dirigida a si mesmo (autoinfligida); Violência interpessoal e Violência coletiva. (Krug, et al., 2002).

Essa categorização inicial faz a distinção entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas, e a violência infligida por grupos maiores como, por exemplo, Estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas.

A violência autoinfligida está inserida no tema da violência e ocupa hoje uma posição prioritária em discussões sobre saúde coletiva, sendo objeto de reflexão, atenção médica e ações preventivas (SANTANA et al., 2002). É subdividida em comportamento suicida e autoabuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio também chamado de “parassuicídio” ou “autolesão deliberada” em alguns países e suicídios completados. O autoabuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação (Krug, et al., 2002).

Não há um fator único que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou por que a violência ocorre mais em

---

algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência (Krug, et al., 2002).

Bronfenbrenner (1979) é considerado um dos representantes mais reconhecido da psicologia ecológica e, segundo ele, o contexto no qual as pessoas se desenvolvem é constituído por uma série de sistemas funcionais ou estruturas concêntricas e encaixadas umas nas outras. O primeiro chamado *microsistema* considera o padrão de atividades, papéis e relações que a pessoa em desenvolvimento experimenta num determinado meio, com características físicas, materiais e particulares. O segundo chamado *mesossistema* compreende as inter-relações de dois ou mais meios nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente (para um adulto, seriam as relações entre a família, o trabalho e a vida social). O terceiro chamado de *exossistema* compreende os meios que não incluem a pessoa em desenvolvimento como participante ativo, mas nos quais se produzem acontecimentos que afetam o que acontece à sua volta (ex.: o sistema econômico e político). E por fim, o *macrossistema* que refere-se às correspondências em forma e conteúdo dos sistemas de ordem menor que existam ou poderiam existir, ao nível da subcultura ou da cultura na sua totalidade, juntamente com qualquer sistema de crenças ou ideologia que sustente estas correspondências.

Para o referido autor o modelo ecológico foi inicialmente aplicado aos casos de abuso infantil e subsequentemente à violência juvenil. Mais recentemente, os pesquisadores o têm usado para compreender a violência do parceiro íntimo e abuso de idosos. O modelo explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento. O primeiro nível do modelo ecológico é o chamado modelo *individual* e busca identificar os fatores históricos, biológicos e pessoais que uma pessoa traz em seu comportamento. O segundo nível do modelo ecológico é o *racional* e explora como as relações sociais próximas, por exemplo, relações com companheiros, parceiros íntimos e membros da família aumentam ou não o risco de violência. Já o terceiro nível do modelo ecológico analisa os *contextos* comunitários em que as relações estão embutidas - como escolas, locais de trabalho e vizinhança - e busca identificar as características desses cenários que estão associadas ao fato

---

de a pessoa ser vítima ou perpetrador da violência. O quarto e último nível do modelo ecológico é o *social* e analisa os fatores sociais mais amplos que influenciam os índices de violência. Aqui se incluem os fatores que criam um clima favorável à violência, os que reduzem as inibições contra violência e aqueles que criam e sustentam lacunas entre os diferentes segmentos da sociedade - ou tensões entre diferentes grupos ou países (BRONFENBRENNER, 1979).

Os principais fatores sociais consideram as normas culturais que apóiam a violência como uma forma aceitável para solucionar conflitos; as atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência que pode ser evitado; as normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; as normas que reafirmam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; as normas que validam o uso abusivo da força pela polícia contra os cidadãos e as normas que apóiam os conflitos políticos. (Krug, et al., 2002).

Para compreender a vida de indivíduos que sofrem queimadura na tentativa de morte, bem como a forma como enfrentam e vivenciam suas vidas após a alta hospitalar e para que seja possível analisar os aspectos culturais nesta população, tornam-se importantes alguns conceitos sobre cultura, bem como o que apreender sobre a tentativa de suicídio.

Ao longo da história da humanidade, o suicídio sempre se apresentou como uma questão inquietante, fato que se deve a uma postura de perplexidade perante os mistérios da morte, mas sobretudo e de forma indissociável ao questionamento do sentido da própria vida (FUKUMITSU, 2005).

Essas questões surgem de forma manifesta nos discursos religiosos, filosóficos, legais e, mais tarde, científicos que atravessam a história da civilização humana. De forma mais concreta, sempre se questionou e refletiu sobre os aspectos morais, legais e pessoais do suicídio (WHO, 1999) e sempre se procurou estudar, quer na cultura acadêmica quer na cultura popular, todo o conjunto de significações inerentes ao conceito de morte voluntária.

Para Geertz (1989), a cultura é concebida pela antropologia, predominantemente como universo simbólico, ou universo de significados, criação coletiva que caracteriza universalmente a vida social humana. Ao assumir a cultura como “teias de significados” tecidas pelo homem, destaca-se o fato de que o

---

homem, em sua vida social, é sujeito ativo desse processo ao longo de sua história e trajetória vivida.

Descrever ou falar sobre cultura não é tarefa simples, já que, há mais de 200 definições de cultura que tendem a emergir de diversos elementos, incluindo a linguagem, a etnia, a religião, as tradições, as crenças, os valores, as relações interpessoais, os modos de produção e a organização social (JORGE, 2000).

Spradley (1980) relata que a cultura é um sistema compartilhado de significados, dos quais aprendemos, revisamos, mantemos e definimos no contexto do qual fazemos parte. É a partir da cultura que as pessoas revelam a sua forma de ver o mundo, de vivenciar suas experiências e de se comportar em grupos.

Ao estudar uma cultura, busca-se desvendar o conhecimento (ideias, abstrações que fundamentam um comportamento, os costumes e técnicas de trabalho), as crenças (aceitação de uma proposição), os valores (sentimentos que incentivam e orientam o comportamento humano), as normas (modos de agir dos indivíduos em determinadas situações) e os símbolos (gestos, palavras, sinais, textos, etc.) presentes no grupo social (MARCON; PRESOTTO, 1992; HELMAN, 1994).

Em relação às queimaduras provocadas por tentativa de suicídio são, muitas vezes, consideradas como comportamentos reprováveis em nossa cultura e podem provocar reações que se caracterizam por atitudes de rejeição por parte dos profissionais que não se sentem preparados para este cuidado. Frequentemente não se sentem dispostos a lidar com seus próprios tabus e preconceitos que dificultam o estabelecimento de interações compreensivas com o paciente, resultando em estresse, ansiedade e impaciência (COSTA; ROSSI, 2003).

A queimadura por autoagressão, apesar de ser um método pouco usual e curioso de tentativa de suicídio na cultura ocidental, é observado porém com certa regularidade nos Centros Regionais de Queimaduras. Estudos de autores dos Estados Unidos, Europa, Austrália e Índia demonstram que esses casos variam entre 1 e 9% das admissões de pacientes queimados e correspondem a aproximadamente 2% de todas as tentativas de suicídio (ARAUJO, et al., 1999).

Áries (1989) realizou um importante estudo cujo objetivo era descrever historicamente como a cultura ocidental vem lidando com a morte desde os tempos antigos até o século atual. Verifica-se que, nos tempos antigos, havia um sentimento de familiaridade com a morte; além de um sentimento isento de medo ou desespero.

---

A morte era a consciência de cada pessoa de seu destino e não aniquilava sua personalidade, mas a colocava para “dormir”, pressupondo uma crença na sobrevivência que não fazia uma distinção, como é feito hoje, entre o tempo da vida e o tempo depois de morto. Essa forma de morrer significava uma entrega ao próprio destino e uma indiferença ao individualismo (ÁRIES, 1989).

Toda a equipe de saúde sejam enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros, além de desenvolver ações e procedimentos técnicos de sua área de formação, também estabelece relações interpessoais com as pessoas as quais atendem (NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Dessa maneira, o adoecimento também causa angústias à equipe que assiste o paciente, fazendo parte da relação profissional-paciente. Neste contexto é fundamental que os profissionais da saúde aprendam e aprimorem os aspectos da relação interpessoal, com o conhecimento de processos psicológicos que ali atuam. Para isto, não é necessário que tenham formação em psicologia, mas sim o desenvolvimento da sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e compreender sua doença, o que além de tornar a ação mais humanizada e acolhedora, pode auxiliar na adesão do paciente ao tratamento e na diminuição da angústia (NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Emile Durkheim, sociólogo francês, em finais do século XIX, definiu a tentativa de suicídio como: “o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado” (p.7). Para o sociólogo o desenvolvimento industrial, urbano e científico da sociedade provoca em algumas instituições sociais básicas, como a família e a igreja, uma perda da capacidade integradora para o processo de socialização do indivíduo (DURKHEIM, 1996).

Para o referido autor quando um indivíduo se sente só e desesperado a ponto de se matar, é ainda a sociedade que está presente na consciência do indivíduo, e o leva mais que sua história individual, a esse ato solitário. Em sua definição de suicídio afasta as explicações do tipo psicológico ou psicopatológico, mas admite que há uma predisposição psicológica ao suicídio. Contudo, afirma que a força que determina o suicídio não é a psicológica, mas a social e entende que as obrigações mútuas e a responsabilidade é que interligam o indivíduo ao grupo social. Provavelmente as pessoas que não possuem esses elos sofrem de sensações de isolamento e solidão, chegando ao extremo de um estado de anonimato, sendo o

---

estado da sociedade um influenciador para que o indivíduo sintasse pressionado ao ponto de se matar. (DURKHEIM, 1996).

Já Cassorla (1991) considera o suicídio não apenas como uma predisposição social, mas um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, como fatores constitucionais até ambientais, culturais, biológicos e psicológicos.

Para a psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica, mas isso não significa que a pessoa seja psicótica, mas que, no momento do ato, nela tenham se ativado núcleos e componentes psicóticos da personalidade que permaneciam inativos e neutralizados pelas partes não psicóticas da personalidade e que acabam por se manifestar em dado momento de crise (CASSORLA, 1991), sendo os elementos centrais do funcionamento psíquico de algumas tentativas de suicídio, a ausência de recursos psíquicos que possam proporcionar figuralidade e contenção à dor psíquica (MACEDO e WERLANG, 2007).

Os estudos demonstram que certamente o suicídio e a tentativa de suicídio estariam relacionados a uma série de fatores determinados culturalmente pela sociedade, pela predisposição psicológica ou ausência de recursos psíquicos, por transtornos mentais graves ou até mesmo questões religiosas.

E por isso, ao tratar-se de uma queimadura cometida por autoagressão, é importante, como salienta Selli (2007), que o exercício profissional implique na incorporação e na inclusão de uma visão complexa de ser humano. Esse modo de agir propicia o enfrentamento da disjunção operada entre natureza e homem que se tornam estranhos um ao outro, isto é, a redução do humano ao biológico e do biológico ao físico.

Dessa forma o presente estudo não tem o interesse de investigar os motivos que levaram uma pessoa a buscar a morte, bem como o uso do fogo, mas sim investigar o que restou de vida, juntamente com a convivência com as sequelas da queimadura em suas atividades cotidianas, após a alta hospitalar.

A compreensão do significado da vida no processo de cuidar deve ir além da capacidade e conhecimentos técnicos dos profissionais, é importante que tenham a capacidade de perceber e compreender o ser humano como está inserido em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história de vida (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003), o que não significa somente envolvimento, mas uma postura ética em relação ao ser humano que necessita de

cuidados.

O relatório da *World Health Organization*, intitulado *Primary health care: now more than ever* (WHO, 2008), contempla a preocupação com os cuidados relacionados à saúde focado na pessoa, em seu contexto particular, como algo que os trabalhadores da saúde precisam conhecer. Afirma ser esta uma tarefa complexa, já que necessitam garantir uma abordagem integral que considere aspectos físicos, emocionais e sociais, além do passado e o futuro da realidade de cada indivíduo em seu contexto. Acredita que conhecer o indivíduo em sua totalidade pode auxiliar no reconhecimento de aspectos importantes dos problemas de saúde.

### **3.2 Referencial metodológico**

A investigação no campo das ciências sociais necessita registrar a história humana, respeitando a especificidade da cultura e os acontecimentos registrados de forma complexa em seus bens materiais e simbólicos que implicam em uma extensa riqueza de significados, construída por interpretações do real feitas pelas pessoas, o que instiga o pesquisador da abordagem interpretativa, por representar o desafio de remanejar e criar, muitas vezes simultaneamente, e a capacidade de aproximar-se da diversidade que é a vida em sociedade (MINAYO, 2007).

O conhecimento científico dos fenômenos sociais resulta de um trabalho de interpretações, que só é possível com a interação entre investigador e os participantes, para que o primeiro possa reconstruir a ação e os seus significados, ressaltando que as várias interpretações da realidade só podem ser obtidas por meio da relação intersubjetiva entre o sujeito e objeto de conhecimento (POPE, MAYS, 2009).

Assim, para apreender o conjunto de expressões humanas, processos, dificuldades, relações e significados dos pacientes queimados por tentativa de suicídio com sua vida cotidiana nas atividades de vida diária, trabalho e lazer, bem como os recursos que contam para prosseguir sua vida, optou-se pela metodologia qualitativa.

A metodologia qualitativa tem a finalidade de explorar, compreender e explicar um fenômeno a partir de dados e não de teorias e conhecimentos formalizados e

---

esclarece que nenhum método é melhor do que o outro e que todo método de pesquisa mantém uma congruência teórica, que se estabelece no propósito, nas questões, na coleta e na análise dos dados da pesquisa (MORSE e RICHARDS, 2002).

Uma pesquisa com abordagem metodológica qualitativa que, no contexto da saúde emprega a concepção trazida das Ciências Humanas, busca entender não o fenômeno em si, mas o significado individual e/ou coletivo que os fenômenos trazem para a vida das pessoas, neste caso os relacionados à saúde e à doença. É por meio do significado adotado pela pessoa que ela organizará sua vida, o que inclui os cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

Ainda segundo Turato (2005), o interesse do pesquisador está voltado à busca do significado das coisas, já que este possui papel organizador nos seres humanos e, completa:

O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. ( p. 510)

Para que esses significados pudessem ser expressos, a história oral foi utilizada como método de investigação na modalidade história oral temática. A riqueza da pesquisa com esta metodologia está na ênfase e importância atribuída ao sujeito da história, construtor de seu destino, entre possibilidades e limites (FORTUNATO; RUSCHEINSKY, 2004).

As características éticas acompanham esta investigação, uma vez que, ao se deixar conhecer por meio da narrativa ao pesquisador, o outro revela seu universo íntimo e torna-se coautor do conhecimento. Reconstruir histórias, situações, acontecimentos, subsidiado pela voz do outro, deve tornar o pesquisador responsável e comprometido com o valor de sua investigação e a difusão dos seus resultados para o público leitor (FORTUNATO; RUSCHEINSKY, 2004).

De acordo com Meihy (1996, p. 13), a história oral:

[...] possibilita a construção e a reconstituição da história por meio de relatos individuais ou coletivos. O fato de ser considerado um campo multidisciplinar possibilita que algumas disciplinas possam dar suas contribuições teóricas, especialmente no tratamento e na análise da informação oral. Observamos essa contribuição através dos estudos que trazem reflexões sobre relações entre pesquisadores e sujeitos

---

entrevistados, que tendem a discutir seus resultados com base nas teorias do sujeito.

A história oral é uma técnica moderna que vem sendo utilizada como forma de captar as experiências vividas pelas pessoas e dispostas a falar sobre sua compreensão a este respeito. Esse recurso se diferencia por ser a maneira pessoal e particular de registro das experiências, sem ser apenas uma simples informação; realiza-se com o dever de prestar atenção ao indivíduo e à sua versão da vida pessoal (SANTOS, 1996).

No relato oral, o indivíduo faz uso da narrativa e expõe os sentimentos, signos, significados e emoções sobre o processo ou evento focalizado pelo estudo. Torna-se importante salientar que, muitas vezes, os significados podem parecer contraditórios, conforme a entonação conferida pelo relator. Logo, entende-se que o movimento apresentado nas narrativas permite contar mais com os significados do que alicerçar a análise sobre os eventos (CASSAB; RUSCHENSKY, 2004).

A coleta de dados orais é realizada pela entrevista, dirigida pelo pesquisador, na busca da riqueza que cada entrevistado tem a relatar, que não se traduz na extensão das falas, mas na descrição de um fato. A utilização de técnicas verbais conduzidas por um roteiro, como a entrevista semiestruturada, favorece o despertar das ideias do entrevistado, interrompendo as imposições críticas do pesquisador frente àquela concepção de realidade (SPINK, 2004).

Segundo Meihy (1996) e Meihy e Holanda (2007), a base da existência da história oral é o depoimento gerado, sendo constituído por três elementos mínimos, a saber: o entrevistador, o entrevistado e a aparelhagem para gravar o depoimento. As entrevistas partem dos procedimentos feitos no presente e envolvem expressões orais com a intenção de articular as ideias orientadas a registrar ou explicar os conteúdos que são de interesse planejado no projeto.

O projeto em história oral é de fundamental importância, já que este é uma iniciativa planejada para uma situação específica de pesquisa. É importante lembrar os momentos para a realização da pesquisa: a elaboração de um projeto, a gravação, o registro passado para o escrito, a análise, o arquivamento e a devolução ao social (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Enquanto método, na história oral, os procedimentos devem indicar caminhos específicos, construídos a partir de alternativas que privilegiam as entrevistas como atenção essencial dos estudos, um processo que vai desde a elaboração do projeto,

dos critérios de aquisição das entrevistas, seu processamento, passagem do oral para o escrito até os resultados analíticos (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Há três modalidades de história oral que são definidas por Meihy e Holanda (2007) da seguinte forma:

- **história oral de vida**, sendo a narrativa do conjunto de experiências de vida de uma pessoa, contendo perguntas amplas que abordem a trajetória de vida do entrevistado;
- **tradição oral** que trabalha com a permanência dos mitos, valores, crenças e com as visões de mundo de comunidades, asseguradas em referências do passado;
- **história oral temática** que parte de um assunto específico e preestabelecido, comprometendo-se com a opinião e esclarecimento do entrevistado a respeito do tema. A objetividade é direta. A história oral temática não só admite o uso do questionário, mas também o coloca como peça fundamental para aquisição dos detalhes procurados.

As entrevistas temáticas são aquelas que versam especificamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido como objetivo principal (ALBERTI, 1989).

Com base nos conceitos teóricos mencionados, adotou-se a história oral temática como método para coleta de dados por considerá-la adequada para alcançar os objetivos definidos para este estudo, pois permite apresentar as experiências referidas pelas pessoas.

### 3.2.1 Local e sujeitos do estudo

A UEHCFMRP é reconhecida como unidade de referência para o atendimento às urgências e emergências. As Unidades de Referência de nível terciário são aquelas instaladas em hospitais gerais, universitários e que possuem recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica (GUTIERREZ; BARBIERI, 1998).

A referida Unidade de Emergência está situada no município de Ribeirão Preto, iniciou suas atividades em 31 de junho de 1956. A procura pela Unidade de

---

Emergência ocorria de forma espontânea, gerando fluxo de pacientes acima da capacidade de atendimento. Em 2000 foi criado o Sistema de Regulação Médica com o objetivo de hierarquizar o destino dos pacientes por grau de complexidade, para serem atendidos no local que naquele momento dispunha de maior capacidade para resolução do problema (SANTOS et al., 2003).

Com o Sistema de Regulação Médica, houve diminuição da quantidade de pacientes atendidos na Unidade, o que possibilitou melhorar a assistência à saúde. Atualmente é referência para o atendimento de urgência de média e alta complexidade para pacientes com agravos traumáticos e clínicos dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (DRS XIII) com cerca de um milhão e duzentos mil habitantes. Atua também como retaguarda para o tratamento de alta complexidade para a macrorregião, composta pelas Divisões Regionais de Araraquara, Franca, Barretos e São João da Boa Vista, representando uma população de 4,5 milhões de habitantes (SANTOS et al., 2003).

A Unidade de Emergência está dividida em 13 Unidades Funcionais, as quais representam diferentes áreas físicas. Cada uma delas possui um Grupo Gestor multiprofissional que discute as diversas demandas e as possíveis intervenções para soluções das mesmas.

A Unidade de Queimados está localizada no quarto andar da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) e foi inaugurada em 27 de setembro de 1982. É uma Unidade considerada restrita, e os profissionais da equipe utilizam um uniforme privativo. Essa unidade possui atualmente 10 leitos, atendendo a pacientes adultos e crianças em regime de internação e ambulatorial. Apresenta um centro cirúrgico com duas salas de cirurgia, duas salas de banho e curativos, uma sala para Terapia Ocupacional, uma sala para Fisioterapia, uma sala de recreação com televisão, um posto de Enfermagem, sala para preparo de materiais, uma sala de reuniões e seis enfermarias para internação de pacientes, sendo uma das enfermarias destinada a tratamento intensivo, uma copa, dois vestiários e um almoxarifado.

No mesmo andar, em uma área externa, há duas salas ambulatoriais e um hall para os pacientes receberem visitas de familiares. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional composta por médicos (docentes, residentes e assistentes), psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta,

---

enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, auxiliar administrativo e equipe da limpeza. Ressaltando que o psicólogo, o assistente social e o nutricionista não são exclusivos da Unidade. O setor está equipado com materiais permanentes para Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Cirurgia Plástica.

Inicialmente foi realizado uma busca de todos os pacientes que sofreram queimadura térmica por autoagressão entre janeiro de 2006 a dezembro de 2009. Esses sujeitos estão registrados no livro de internação e alta da Unidade de Queimados. Após a caracterização desses sujeitos em sexo, idade, ano de internação, superfície corporal queimada, áreas atingidas e procedência verificou-se que apenas dez pacientes continuam sendo acompanhados pela Unidade de Queimados de Ribeirão Preto. Dessa maneira os sujeitos desta investigação foram oito pacientes que sofreram queimadura térmica com líquido inflamável por tentativa de suicídio, todas confirmadas pelos registros em prontuário e pelo paciente.

Os critérios apontados para a participação desta pesquisa foram: sujeitos maiores de 18 anos, independente do gênero, indicações da equipe do serviço sobre os possíveis sujeitos que continuam sendo acompanhados pela Unidade de Queimados de Ribeirão Preto, residir na região de Ribeirão Preto, facilidade de contato, não ter o diagnóstico decisivo de transtorno mental grave anterior à internação, tenha sofrido sequelas estéticas e funcionais importantes, passado por cirurgias reparadoras, tenha no mínimo seis meses de alta hospitalar corridos após sua primeira internação e que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), que foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCFMRP-USP (*Campus* e Unidade de Emergência), no qual serão informados sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos, riscos, desconforto e benefícios, garantia de anonimato e respeito ao desejo de participarem ou não.

Foi realizado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões norteadoras (Apêndice A). As entrevistas foram executadas pela pesquisadora, gravadas após a permissão do participante e posteriormente transcritas de forma literal.

Segundo Minayo (2002), a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, pois permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem resposta ou condição pré-fixada pelo pesquisador.

Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, uma vez que esta técnica permite contar com todo o material fornecido pelo depoente. Desta forma, as entrevistas foram gravadas em fita cassete.

Dessa forma, os participantes deste estudo foram oito pacientes. É importante destacar que, para Minayo (2007), o critério a ser adotado para amostragem dos participantes em pesquisa qualitativa não é numérico, a amostra ideal é aquela que reflita a totalidade do objeto em estudo. Neste sentido, o número de sujeitos deste estudo foi obtido, considerando-se o processo de aquisição dos dados, paralelamente à análise, até o alcance dos objetivos propostos.

### **3.2.2 Procedimento de coleta de dados**

A coleta das histórias foi realizada no período de agosto a setembro de 2010 na Unidade de Queimados, sendo marcada de acordo com a disponibilidade do paciente e se necessário remanejada com os retornos ao ambulatório da Unidade de Queimados. Na tentativa de assegurar ambiente tranquilo, confortável e livre de interrupções, as entrevistas foram realizadas, pela própria pesquisadora, na sala de ambulatório que possui cadeiras, iluminação e ventilação adequadas.

Para tanto, foi utilizado um instrumento de coleta de dados desenvolvido pela pesquisadora com roteiro de entrevista e questões norteadoras, composto por três partes (Apêndice A):

**Parte 1** – Caracterização do paciente queimado por autoagressão: gênero, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, profissão e religião.

**Parte 2** – Dados clínicos: tentativa de suicídio anterior à internação por queimadura, tentativa de suicídio posterior à alta hospitalar, ano da queimadura, agente etiológico, áreas atingidas pela queimadura, superfície corporal queimada.

**Parte 3** - Questões norteadoras: Como foi a retomada de sua vida quando você recebeu sua alta hospitalar? Como tem sido sua experiência em relação às sequelas da queimadura em suas Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Profissionais e Produtivas e Atividades de Diversão e Lazer, O que é importante para você que lhe ajuda a prosseguir sua vida? O que você espera de seu futuro?

A abordagem aos sujeitos da pesquisa foi realizada pela pesquisadora, que se identificou e efetuou os devidos esclarecimentos sobre o estudo por meio do contato telefônico, solicitando sua participação. A entrevista foi realizada em horário previamente acordado com o informante-chave. No momento previamente combinado, na sala do ambulatório da Unidade de Queimados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi apresentado e discutido com o participante e, após os esclarecimentos e aquiescência de cada participante, foi solicitada sua assinatura e entregue uma cópia do termo. Assim, em seguida, iniciou-se a entrevista com todas as questões do instrumento respondidas pelo paciente e, posteriormente, procedeu-se às questões norteadoras. As falas foram registradas por meio de um gravador e transcritas posteriormente e identificadas nas entrevistas com a inicial E (Entrevistado) acompanhado de números de 1 a 8 (E1 a E8). Foi realizado um encontro com cada um dos participantes, e cada entrevista durou em média de 45 a 60 minutos. Impressões e observações foram registradas em um diário de campo.

### **3.2.3 Análise dos dados**

Para a análise dos dados, adotou-se a técnica de Análise Indutiva de Conteúdo, proposta por Hesse-Biber e Leavy (2006).

De acordo com os mesmos autores, a análise de conteúdo é tradicionalmente utilizada em estudos de abordagem quantitativa, no entanto, atualmente é reconhecida como apropriada à análise de abordagem qualitativa por meio do modelo indutivo, em espiral, no qual o pesquisador coleta e analisa os dados, obtém suas compreensões, gera novas questões, até que os objetivos da pesquisa sejam alcançados, permitindo uma análise qualitativa dos dados. Os dados das entrevistas e/ou observações são organizados primeiramente em forma de textos e analisados de forma isolada, estes são considerados um espelho da realidade social, permitindo apreender as estruturas socioculturais representativas do mundo dos sujeitos.

Posteriormente os textos são associados e pela análise de todos em conjunto é possível obter a visão da ideologia predominante usada pelas pessoas para dar significados às experiências, neste caso, a vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão após a alta hospitalar, sendo fundamental a

contextualização destas experiências para sua interpretação e compreensão da realidade construída. O pesquisador passa, então, ao processo analítico circular de interpretar, compreender, classificar e descrever os temas apreendidos, construindo categorias temáticas relacionadas às representações dadas à experiência estudada (HESSE-BIBER E LEAVY, 2006).

A análise da experiência vivida pelos pacientes queimados por autoagressão foi realizada a partir da transcrição fiel das entrevistas gravadas. O relato oral passou por um processo de transformação do discurso oral para o texto escrito. No entanto para sua utilização no corpo deste trabalho, os vícios de linguagem, erros gramaticais e palavras ou frases repetidas foram parcialmente corrigidos. Este processo possibilitou a análise de conteúdo indutiva do material coletado.

O processo de análise indutiva dos conteúdos foi realizado durante todo o período de coleta de dados, durante o qual pode ser revisto e aprimorado. Todo o material foi lido individualmente para a compreensão dos sentidos atribuídos à experiência por cada um dos sujeitos e para a elaboração dos núcleos de sentidos. Posteriormente, foi analisado coletivamente, o que possibilitou a construção das categorias temáticas.

As duas primeiras partes do instrumento da pesquisa referentes à caracterização sociodemográfica e perfil saúde-doença, dos pacientes queimados por autoagressão após a alta hospitalar, foram discutidas com base na literatura pesquisada.

#### **3.2.4 Aspectos éticos**

Conforme as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP-USP, obtendo aprovação (ANEXO A).

Como parte da documentação prevista na referida legislação, elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações relevantes referentes ao estudo, mencionando que a participação seria livre e de espontânea vontade, havendo a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como a garantia do anonimato dos participantes. Foi solicitada permissão para

gravação e posterior transcrição da entrevista. Após os esclarecimentos e concordância, foi solicitada a assinatura e entregue uma cópia do documento ao participante.

## *4 RESULTADOS E DISCUSSÃO*

---

---

## **4.1. Apresentação dos Resultados e Discussão**

A análise e a discussão dos dados serão descritas em duas etapas. A primeira composta pela caracterização do paciente queimado por autoagressão em gênero, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, profissão e religião e com quem vivem e dados clínicos como tentativa de suicídio anterior à internação por queimadura, tentativa de suicídio posterior à alta hospitalar, ano da queimadura, agente etiológico e superfície corporal queimada. A segunda, pela apresentação do conteúdo extraído por meio da análise indutiva das entrevistas realizadas com os entrevistados.

### **4.1.1. Caracterização dos pacientes que sofreram queimadura térmica por líquido inflamável internados por tentativa de suicídio confirmada, entre 2006 e 2009**

Para delimitar os sujeitos do presente estudo, foi importante um levantamento retrospectivo dos pacientes queimados por tentativa de suicídio confirmada, durante os anos de 2006 a 2009 do Hospital Universitário pesquisado.

Os quadros 1, 2 e 3 abaixo relacionadas descrevem os pacientes que estiveram internados na Unidade de Queimados, bem como os óbitos ocorridos. Os dados foram divididos entre sexo, idade, ano de internação, superfície corporal queimada e procedência.

Dos 39 pacientes identificados, cinco vieram a óbito, restando então 34 pacientes. Tais dados são importantes, já que muitos pacientes são internados por tentativas de suicídio interrogadas e que não foram descritos nas figuras abaixo, de forma a adquirir dados mais fidedignos.

Quanto ao gênero verificou-se que a minoria é do sexo masculino 30,7%, sendo o sexo feminino correspondente à maioria das internações por tentativas de suicídio 69,25%, entre 2006 e 2009.

Em relação à faixa etária entre as mulheres, 63% corresponderam à faixa dos 20 a 40 anos de idade, 33%, dos 40 a 60 anos e 3,6% com mais de 60 anos. Já em relação aos homens, 8,3% corresponderam a menores de 18 anos, 58,3%, dos 20 a 40 anos, 16,6%, dos 40 a 60 anos e 8,3% com mais de 60 anos. Em pesquisa

realizada por Sá et al. (2010), os atendimentos predominaram na faixa etária de 20 a 29 anos de idade. Essa faixa etária inclui parte da população economicamente ativa no país, o que mostra o impacto das tentativas de suicídio na sociedade. Estudo de Almeida et al. (2009) realçou a faixa etária de 15 a 34 anos como a mais frequente entre indivíduos que obtiveram diagnóstico de tentativa de suicídio.

A Superfície Corporal Queimada (SCQ) pode ser compreendida desde 5% até 93%. Dos 34 pacientes que não vieram a óbito, três apresentaram diagnóstico de transtorno mental grave anterior à internação (um homem e um adolescente com diagnóstico de esquizofrenia e uma mulher com transtorno afetivo bipolar). Os agentes causadores da queimadura foram chama direta (5%), querosene (5%), tiner (5%), gasolina (5%) e acetona (5%), sendo o álcool responsável por 82,5% das internações por autoagressão.

Quadro 1: Caracterização dos pacientes queimados por autoagressão do sexo feminino, entre 2006 e 2009.

SEXO	AGENTE	IDADE	ANO DE INTERNAÇÃO	SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA	PROCEDÊNCIA
F	Álcool	52	2006	22%	Cajuru
F	Álcool	42	2006	40,5%	Ribeirão Preto
F	Querosene	42	2006	12%	Guariba
F	Álcool	23	2006	20,5%	Araraquara
F	Álcool	32	2006	58%	Guariba
F	Gasolina	26	2007	27%	Ribeirão Preto
F	Álcool	31	2007	17%	Santa Rosa de Viterbo
F	Álcool	25	2007	27%	Franca
F	Álcool	27	2007	18%	São Carlos
F	Álcool	34	2008	26%	Ribeirão Preto
F	Álcool	40	2008	38%	Ribeirão Preto
F	Álcool	25	2008	17%	Porto Ferreira
F	Álcool	27	2008	21,5%	Ribeirão Preto
F	Álcool	35	2008	35%	Vargem Grande do Sul
F	Álcool	25	2008	12%	Pontal
F	Álcool	47	2008	23%	Brodowski
F	Álcool	38	2008	33%	Mococa
F	Álcool	33	2009	22%	Araraquara
F	Álcool	30	2009	16%	Ribeirão preto
F	Acetona	47	2009	6%	Luis Antônio
F	Álcool	32	2009	19%	Ribeirão Preto
F	Álcool	60	2009	20,5%	Ribeirão Preto

Quadro 2: Caracterização dos pacientes queimados por autoagressão do sexo masculino, entre 2006 e 2009.

<b>SEXO</b>	<b>AGENTE</b>	<b>IDADE</b>	<b>ANO DE INTERNAÇÃO</b>	<b>SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA</b>	<b>PROCEDÊNCIA</b>
M	Álcool	42	2006	41%	Cravinhos
M	Tíner	31	2007	42%	Ribeirão Preto
M	Álcool	22	2008	29%	Ribeirão Preto
M	Álcool	29	2009	62,5%	São Carlos
M	Querosene	20	2009	5%	Guariba
M	Chama direta	55	2009	14%	Ribeirão Preto
M	Álcool	38	2009	7%	Pontal
M	Chama direta	37	2009	26%	Brodowski
M	Álcool	37	2009	23%	Buritizal
M	Álcool	61	2009	33%	Ribeirão Preto
M	Álcool	13	2009	22,5%	Ribeirão Preto

Quadro 3: Óbitos dos pacientes queimados por autoagressão, entre 2006 e 2009.

<b>SEXO</b>	<b>AGENTE</b>	<b>IDADE</b>	<b>ANO DE INTERNAÇÃO</b>	<b>SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA</b>	<b>PROCEDÊNCIA</b>
F	Álcool	49	2006	93%	Batatais
F	Álcool	35	2006	50%	Guatapar
M	Álcool	62	2007	34%	Ribeirão Preto
F	Álcool	57	2008	27%	Ribeirão Preto
F	Álcool	77	2007	60%	Mirandópolis

#### **4.1.2 Caracterização dos pacientes queimados por autoagressão participantes desta investigação**

Foram entrevistados oito sujeitos com queimadura confirmada por autoagressão e que estavam no mínimo de seis meses de alta hospitalar internados na UE-HCFMRP.

A caracterização individual dos participantes da entrevista, quanto à procedência, ao gênero, à idade, ao estado civil, ao ano da queimadura, ao agente etiológico, à profissão, ao grau de escolaridade, à religião e com quem vive pode ser visualizada no Quadro 4.

No que se refere ao local de nascimento, três (37,5%) nasceram na zona rural e cinco (62,5%), na urbana. Assim, quanto ao grau de escolaridade dos pacientes, seis (54,5%) tinham de um a quatro anos de estudo, e dois (18,2%) eram analfabetos. Vale ressaltar que o grau de escolaridade pode contribuir para o surgimento de doenças, pois associado a fatores socioeconômicos e culturais pode limitar a conscientização para a importância do cuidado com a saúde ao longo da vida, interferindo na manutenção de estilo de vida saudável e adesão a tratamentos, o que dificulta a ação sobre os fatores de risco (PERLINI, 2000).

A idade dos informantes variou entre 23 e 52 anos. Quanto ao gênero, sete (87,5%) eram mulheres. Sendo assim, infere-se que as mulheres estão mais expostas à situação de urgência/emergência nas tentativas de suicídio por autoagressão. Vale mencionar, também, que na literatura observa-se que as tentativas de suicídio são mais usuais em mulheres com idade entre 18 e 30 anos (MELLO, 2000).

No que se refere ao estado civil, uma (12,5%) era casada; seguida de uma (12,5%) viúva; duas (12,5%) solteiras; dois (25%) divorciados e dois (25%) amasiados; dois viviam apenas com os filhos (25%), dois viviam apenas com esposos(as) (25%), dois viviam apenas com os pais (25%), uma com filhos e esposo (12,5%) e uma com filhos, genro e netos (12,5%).

Com relação ao uso de medicamentos, sete (87,5%) faziam uso por ordem médica, três (43%) usavam medicações do tipo psicofármacos com receita médica e os outros cinco (57%) receberam receita e encaminhamento para os serviços de psiquiatria e saúde mental na alta hospitalar, mas não continuaram o tratamento medicamentoso, parando por conta própria. Ao tratar-se de tentativas de suicídio

anteriores à internação por queimadura, quatro (50%) alegam que já tentaram o suicídio por envenenamento, corte dos pulsos e apenas dois (25%) tiveram pensamentos e ideias de morte após a alta hospitalar por queimadura.

Quanto à situação de trabalho, quatro (50%) trabalhavam fora de casa, e três (37,5%) deixaram o trabalho após a queimadura e estavam afastados com benefício do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Em relação à religião três (37,5%) mencionaram ser da religião católica, dois (25%), da evangélica, um (12,5%) mencionou ser do candomblé e dois (25%) alegaram não ter religião no momento da entrevista.

Quadro 4. Caracterização dos participantes da entrevista

<i>PARTICIPANTES</i>	<i>PROCEDÊNCIA</i>	<i>GÊNERO</i>	<i>IDADE</i>	<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>ANO DA QUEIMADURA</i>	<i>AGENTE</i>	<i>PROFISSÃO</i>	<i>ESCOLARIDADE</i>	<i>RELIGIÃO</i>	<i>COM QUEM VIVE</i>
E1	Ribeirão Preto	F	42	divorciada	2006	Álcool	Doméstica/ afastada INSS	1 a 4 anos	católica	Filha/ genro/ netos
E 2	Araraquara	F	23	solteira	2006	Álcool	Fábrica de meias	9 a 12 anos	Não há	Pais
E 3	Cajuru	F	52	viúva	2006	Álcool	Trabalhadora rural/ aposentada	analfabeta	evangélica	Filha mais velha
E 4	São João da Boa Vista	F	40	divorciada	2007	Álcool	Costureira/afasta do INSS	1 a 4 anos	católica	Filha
E 5	Cravinhos	M	42	amasiado	2007	Álcool	Trabalhador rural	analfabeto	candomblé	Esposa
E 6	São Carlos	F	27	casada	2008	Álcool	Balconista de padaria	9 a 12 anos	católica	Filhos/ Esposo
E 7	Ribeirão Preto	F	41	amasiada	2008	Álcool	doméstica	1 a 4 anos	Não há	Esposo
E8	Jaboticabal	F	26	solteira	2007	Álcool	Trabalhadora rural/Afastada INSS	1 a 4 anos	evangélica	Pais/ filho/ irmãos

---

## 4.2. Análise da vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão

As entrevistas e os contatos com os sujeitos, associados à história da queimadura forneceu subsídios para que o primeiro núcleo de sentidos fosse construído: “Morrer ou viver: a busca pelo atendimento de urgência/emergência”, do qual resultou na categoria temática: ***Lembranças: a história que motivou a queimadura e os tratamentos durante a internação.***

O segundo núcleo temático foi construído baseado na experiência do paciente, após a sua alta hospitalar: “Os desafios enfrentados pelo paciente no retorno para casa” do qual resultou na categoria temática: ***Vivenciando as atividades de vida diária, trabalho e lazer: o tratamento pós-alta e os desafios com o preconceito.***

Um terceiro núcleo foi construído: “Recursos e projetos futuros após a sobrevivência” do qual resultou a categoria: ***A família e a religião enquanto apoio incondicional.***

### 4.2.1. Morrer ou viver: a busca pelo atendimento de urgência/emergência

- ***Lembranças: a história que motivou a queimadura e os tratamentos durante a internação***

Neste tema foram relatadas as experiências dos pacientes em suas lembranças do dia da ocorrência da queimadura, bem como o difícil processo vivenciado pela hospitalização. Durante as entrevistas é percebido o sofrimento e o arrependimento, bem como os diversos motivos que teriam levado a autoagressão. As lembranças traziam nos sujeitos entrevistados momentos de choro e fragilidade frente ao medo da morte, as dores no corpo, o cansaço físico e o preconceito sofrido pelos profissionais de saúde.

As situações que motivaram as tentativas de suicídio dos sujeitos desta pesquisa foram manifestados por diversas situações, dentre elas pode-se encontrar a

descoberta do diagnóstico de uma doença grave (câncer de mama), a violência doméstica relacionada ao uso e abuso de álcool e drogas, o relacionamento extra-conjugal que permeou em uma traição, brigas e desentendimentos familiares, gravidez não concebida e o fim de um relacionamento amoroso.

As falas dos entrevistados retratam as vivências com a queimadura bem como os possíveis motivos que motivaram a autoagressão :

*[...] depois que eu perdi meu esposo e tive câncer eu perdi a vontade de viver e comecei a beber e tentei me matar.(E3)*

*Assim na verdade eu peguei minha mulher com outro homem e eu falei para ela que do tanto que eu amava ela que eu morreria por ela e aí foi o que aconteceu e hoje assim eu estou bem mas arrependido e sem ela. (E5)*

*eu não conseguia engravidar e no dia que eu descobri que minha cunhada ia fazer um aborto eu fiquei em depressão.(E8)*

*Nossa muita coisa pra mim [...] assim eu me sentia sozinha e depois meu irmão casou e eu nunca fui de ficar brigando e aí começou brigas com a esposa dele, minha cunhada [...] aí era briga direto e às vezes brigava com o ... (esposo) e de tanta briga e nervoso eu liguei uma vez para minha irmã e pedi para ela cuidar da... (filha) porque eu não estava mais aguentando e que eu ia me matar. (E6)*

*Nós fomos num ensaio da escola de samba [...] tinha comido arroz, comido carne e bebido chopp e aí ele chegou em casa e queria que eu fizesse macarrão para ele e eu disse que aquela hora não e que iria fazer mais tarde [...] aí ele queria que eu fizesse o macarrão para ele e aí foi briga pra todo o lado e na hora da raiva eu vi o armário com álcool fui na porta e ateei fogo e ele veio correndo me abafou com cobertor. (E1)*

*depois que eu perdi meu esposo e tive câncer eu perdi a vontade de viver e comecei a beber e tentei me matar. (E3)*

Macedo e Werlang (2007) realizaram entrevistas com tentadores de suicídio de instituições hospitalares do Rio Grande do Sul, sendo explorados a situação de suicídio, os sentimentos das pessoas e a forma de compreender o que ocorrera. Verificaram a importância do efeito psíquico de vivências traumáticas na história de

---

vida desses pacientes, a experiência de buscar a própria morte tida como única possibilidade de enfrentar a dor, a experimentação de um sentimento de extrema solidão e a impossibilidade de buscar ajuda frente à situação difícil que vivenciavam.

As razões mais comumente relatadas pelos pacientes para sua tentativa de suicídio recente ou desejos suicidas podem ser categorizadas, conforme Beck et al. (1997), em dois motivos que podem estar combinados: desistir e escapar da vida e buscar um ponto final e/ou, jogando com a morte, produzir alguma mudança interpessoal.

Ao falarmos de violência Krug et al (2002) aponta que as comunidades caracterizadas por problemas como tráfico de drogas, altos níveis de desemprego ou grande isolamento social também têm maior probabilidade de vivenciar a violência.

*Eu convivi com uma pessoa difícil, era uma pessoa que usava drogas e eu tentei tirar ela desse caminho, tentei ajudar e cheguei no ponto de começar a me entregar, eu comecei a ceder e jogar no time dele para ganhar ele [...] Nós discutimos muito e aí eu peguei o álcool, juntei as roupas dele e falei : “ essa foi eu que comprei, eu faço isso e aquilo e você não faz nada e eu vou queimar toda a roupa”. Aí ele me olhou com um ar de dúvidas e eu falei que ele preferia que eu me queimasse ao invés das roupas, entendeu [...] eu tipo, desafiei e ele me desafiou e a besteira aconteceu e eu fui até o fim, entendeu?(E3)*

Para Kaplan, Sadock e Grebb (2002), o suicídio e a tentativa de suicídio representam a tentativa de resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento, associados a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e o estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia.

Pesquisas referentes à ideação suicida e a tentativas de suicídio geralmente utilizam amostras clínicas; são menos frequentes as que trazem dados com base nas experiências das pessoas, e as informações de que dispomos referem-se ao extremo mais grave de um contínuo do comportamento suicida, ou seja, casos registrados em prontos-socorros de hospitais. Evidenciam-se, no entanto, relações

---

importantes entre ideação e atos suicidas, e a ocorrência de uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para o futuro suicídio :

*a minha irmã não levava a sério aí eu pensava que era só de momento, uma fase difícil e foi acumulando, acumulando que chegou uma hora que...sabe quando parece assim que você entra num beco sem saída e que o seu problema não tem solução e que nunca vai se resolver. (E6)*

*eu tentei me matar antes com remédio e depois que foi que eu joguei álcool e fogo.(E3)*

*eu já cortei os pulsos quando era mais jovem.(E7)*

Botega, Mauro e Cais (2004), utilizando dados da OMS, reportaram que 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano, enquanto 10% delas evoluirão para óbito por esta causa no intervalo de 10 anos. Observando a fala acima, é importante que familiares e profissionais de saúde não subestimem as falas e desejos de tentativa de suicídio de seus familiares e pacientes.

Um fator agravante e que tem sido responsável por várias internações na Unidade de Queimados nos últimos anos são os casos de tentativa de suicídio e homicídio relacionados à violência entre parceiros e o uso de álcool e drogas. Ao tratarmos de violência e o uso de álcool e drogas, não podemos nos esquecer dos problemas e consequências que levam as futuras internações nas unidades de Urgência e Emergência.

Esse processo traz consequências que vão desde o acompanhamento médico, problemas financeiros, até as dificuldades e incapacidades como resultantes da doença e agravos. O tempo de tratamento é longo, requer cuidados referentes à alimentação correta, ingestão de medicamentos, atividades com a fisioterapia, uso de malhas compressivas, retornos ambulatoriais, entre outros.

Ao tratar-se de queimadura e as possíveis estratégias da área de saúde mental permeada por uma internação por tentativa de suicídio, nos levam a refletir em condições clínicas que levariam de meses a anos de tratamento. Através de minha experiência enquanto profissional da Unidade de queimados tenho observado que muitos dos pacientes que internaram por tentativa de suicídio nos últimos quatro anos ainda não se desligaram dos serviços públicos de saúde e continuam

---

muitas vezes em seguimento para as cirurgias reparadoras, atendimento ambulatorial com a fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, tanto deste serviço como de sua cidade de origem:

*Fiquei quase 6 meses internada e fiz mais de quatro cirurgias de enxerto[...] e tenho mais um monte.(E1)*

A hospitalização, em geral, é vivenciada como um momento de vulnerabilidade física e emocional, que acomete tanto o paciente como também o seu acompanhante, o que na situação de urgência/emergência fica mais acentuado. Durante as internações pude observar o quanto os familiares ficam angustiados e sem condições de acompanhar e visitar os pacientes. Nos momentos de visitas as dúvidas quanto a cicatrização da queimadura, o tempo de internação e a aparência física são apresentadas.

Na chegada do paciente ao hospital, sentimentos e expectativas emergem, pois é um momento de tensão e de encontro com a realidade. Durante as entrevistas puderam demonstrar o quanto é difícil relembrar o trauma e a vivência da internação :

*É foi difícil assim: foi doloroso, sofri bastante, chorei muito porque doía demais, principalmente quando fazia o desbridamento e acho que chorei e sofri muito quando eu tive que fazer cirurgia nas costas, né.(E2)*

*[...] eu enjoei da comida do hospital porque eu fiquei muito tempo, não vi meu filho pequeno crescer, porque quando eu me queimei ele tinha dois anos e hoje ele está com seis anos, então foi muito doloroso...foi difícil. (E1)*

*Sabe ...(silêncio) Eu não gosto de lembrar e todas as vezes que venho nos retornos é como se fosse a primeira vez.(E8)*

A necessidade de encaminhamento para outro serviço, pela falta de recursos

---

em alguns municípios, é um fator a mais de estresse e incômodo aos pacientes, pois terão de reorganizar todo o seu cotidiano para passar um tempo, que não se sabe quanto, em outra cidade, que muitas vezes sequer conhecem:

*minha filha ficou decepcionada por ter feito o que eu fiz e senti medo de não receber sua visita [...] fica muito difícil vir até aqui, é muito longe para ela me visitar. (E4)*

*eu venho fazer tratamento aqui porque na minha cidade ninguém cuida de queimadura. (E8)*

Outra experiência relatada pelos entrevistados foi a chegada e busca de tratamento adequado. Muitas vezes o excesso de pacientes limita as transferências e a possibilidade de atendimento especializado e os pacientes precisam aguardar horas e até dias, para conseguir uma vaga. É uma situação importante pois o grau e a extensão de uma queimadura, bem como as áreas atingidas são tratamentos realizados apenas com uma equipe qualificada, juntamente com um serviço de alta complexidade.

*eu fiquei em São Carlos e depois de uma semana vim para cá [...] ao todo foram 27 dias internada. (E6)*

*nossa eu fiquei com medo de não conseguir vaga aqui me disseram que as clínicas é o melhor lugar! (E7)*

A violência impõe ônus humanos e econômicos aos países, e custa anualmente muitos bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida (WHO,2002).

Muitas vezes, as queimaduras provocadas por tentativa de suicídio são consideradas como comportamentos reprováveis em nossa cultura, e podem provocar reações que se caracterizam por atitudes de rejeição por parte dos profissionais que não se sentem preparados para este cuidado:

---

*[...] Sabe quando te olham diferente?[...] No banho parecia que eles judiavam de mim, era diferente com o companheiro do lado. (E5)*

*Eu ouvia eles dizerem que eu deveria ter feito o serviço direito! (E7)*

Culturalmente a tentativa de suicídio é um sinal de covardia e loucura para a sociedade, e ao entendermos que a cultura é um sistema compartilhado de significados, dos quais aprendemos, revisamos, mantemos e definimos no contexto ao qual fazemos parte, é importante que os profissionais de saúde que lidam diariamente com a dor e o sofrimento alheio compreendam que certas atitudes reprováveis em nossa sociedade não deixarão de fazer parte da mesma. É importante compreender que é a partir da cultura, das crenças, das histórias e experiências de vida, que as pessoas tendem a revelar a sua forma de ver o mundo, de vivenciar suas experiências e de se comportar em sociedade.

Como bem aponta Cassorla (2006), todos nós, inclusive os especialistas em saúde não estamos imunes de trazermos toda uma carga cultural de repulsa e tentativa de afastamento daqueles que buscam sua autodestruição.

Segundo o mesmo autor, por estarem debilitados em função de uma tentativa de suicídio ou por estarem confusos e com problemas dos quais a morte representou a única alternativa que lhe pareceu viável, estes sujeitos tendem a ser menosprezados quanto aos sentimentos dos quais não conseguem elaborar de forma estruturada e passam, geralmente, a ser identificados como pessoas que estariam querendo chamar a atenção e que, na verdade, não passariam de atores que estariam dramatizando fatos banais e, como tal, não mereceriam a atenção dos Centros de Saúde ou mesmo da comunidade (CASSORLA, 2006).

Dessa forma pode-se apreender que as tentativas de suicídio definidas como atos intencionais de autoagressão englobam atitudes e comportamentos variados que envolvem desde atos mais graves, para os quais são necessárias hospitalizações, mas sem resultar em morte, até autoagressões que não necessitam de atendimento médico, o que dificulta a realização de estudos que abordem tal questão (MELLO, 2007).

#### 4.2.2 Os desafios enfrentados pelo paciente no retorno para casa

- ***Vivenciando as atividades de vida diária, trabalho e lazer: o tratamento pós alta e os desafios com o preconceito***

A dependência física pode tornar o paciente queimado dependente para a realização das atividades da vida diária, trabalho e lazer. Após a alta hospitalar as experiências com as alterações fisiológicas e emocionais foram apontadas por alguns entrevistados, evidenciadas pelas mudanças na sensibilidade da pele, tratamento com os serviços de fisioterapia, cuidados com o calor, uso de malhas compressivas e uso de filtro solar:

*No começo foi um pouco difícil, eu estava meio “travada”, não dava para fazer os afazeres da casa, mas depois fui começando a fazer e foi melhorando. Fiz fisioterapia também (E6)*

*you sabe o que também é ruim, eu não sei se o meu organismo mudou, não sei [...] eu sinto que parece que antes eu aguentava o calor, agora não mais, sinto minha pele mais sensível.(E4)*

*então.. assim, quando eu sinto calor eu paro um pouco de trabalhar, a malha esquenta muito.(E2)*

Ao vivenciar um trauma térmico acompanhado de suas seqüelas estéticas e funcionais, as experiências apontadas pelos entrevistados revelaram situações como um lazer reduzido, abandono de atividades que faziam antes como ir ao clube, a praia, mudanças nos hábitos de se vestir, dentre outros:

*ah! hoje assim, passeio normal, só que a coisa assim que eu não fazia e continuo é não ir à praia, tomar sol de biquíni.(E2)*

*olha sinceramente eu não tenho lazer [...] eu me preocupo de levar a minha filha no shopping e nos brinquedos, zoológico[...] mas eu sou mais caseira e só saio para levar a ...(filha) para*

*divertir e eu já fico feliz. Eu sou mais caseira agora, antigamente não. (E6)*

*Às vezes eu fico com vergonha de usar determinadas roupas com alcinha por causa dos queloides, eu uso blusinha só em casa. (E7)*

Em relação às atividades de trabalho embora alguns encontravam-se em situação de desemprego ou vivendo de benefício, outros estão trabalhando e colaborando enquanto ser produtivo mesmo tendo vivenciado situações de preconceito demonstrando a sua dignidade e o significado da experiência de poder trabalhar, se sentir capaz e sentir-se inserido na comunidade :

*Estou trabalhando numa fábrica de meias já faz dois anos, entrei lá em 2008, pois fiquei 1 ano afastada e nesse tempo que eu fiquei desempregada eu senti que não iria arrumar emprego mais, por causa do preconceito e me bateu aquela insegurança, sabe. (E2)*

*Sou pedreiro e exerço seis profissões dentro da fazenda [...] eu sou pedreiro, carpinteiro, eletricista, soldador, corro com cavalos e sou encanador [...] no início eu me senti assim como um estorvador (pessoa que atrapalha) dos companheiros, eu só chorava... (E5)*

Em relação aos cuidados e tratamentos no pós alta verificou-se por meio das entrevistas, que os pacientes não seguiam as devidas orientações e continuidade ao tratamento tanto em relação aos cuidados com as sequelas advindas da queimadura, bem como ao seguimento e encaminhamento aos serviços de saúde mental:

*[...] eu fui encaminhada para um psiquiatra, tomei remédio, mas na verdade mesmo, bem eu ia no doutor para pegar remédio, aí eu tomei remédio acho que uns três meses e parei falei que não queria mais isso. (E2)*

*eu só tive ajuda da equipe aqui do queimados. quando saí daqui eles me deram uma carta de encaminhamento (referindo-se ao serviço de psicologia). eu tentei [...] eu fui eu marquei, mas não gostei e nem entrei, fui lá e a pessoa que estava na minha frente saiu chorando e o profissional tava rindo lá dentro e aí eu voltei para trás. (E4)*

---

*eu parei de usar a malha compressiva[...] não serve mais. (E6)*

*não fiz...(referindo-se a fisioterapia) só aqui na internação[...] a minha fisioterapia foi movimentos de serviço e quando doía eu ficava debaixo da água morna.(E5)*

*não, nunca usei ou tomei nada.Tenho retorno com especialista agora e aí eu vou mudar e levar os papéis para minha cidade.(E2)*

*[...] eu venho aqui de último caso porque eu não gosto de lembrar o passado, teve vezes que eu queria conversar com alguém mas não tive como.(E6)*

O hospital, local do estudo, é governamental e atende a uma parcela específica da população, caracterizada por baixa renda, baixo nível de escolaridade, como retratado neste estudo, o que pode influenciar no entendimento e na compreensão de informações.

Por mais que a comunicação e a orientação ao tratamento sejam adequadas, pode-se perceber pelas entrevistas que os pacientes desconheciam ou não realizavam mais os cuidados básicos com a queimadura, apresentavam-se desmotivados com a continuidade e adesão ao tratamento.

Por outro lado, alguns pacientes seguiam os atendimentos corretamente em suas cidades com retornos ambulatoriais frequentes:

*[...] eu estou passando até com uma psicóloga e aí eu converso e já contei tudo o que aconteceu .Teve esses dias atrás que eu estava muito triste sabe, mas passa e não tem um motivo, sabe.(E6)*

*Eu tomo fluoxetina e haldol e vou ao psiquiatra de dois em dois meses. (E1)*

*Eu vou à psicóloga e participo de oficinas em minha cidade. (E8)*

As entrevistas puderem esclarecer também as dificuldades dos pacientes em falar sobre os motivos que motivaram o trauma térmico e o quanto sofreram preconceitos na comunidade e locais de trabalho. Referem também que muitas

---

vezes mentiam ou omitiam o assunto por medo de serem chamados de loucos ou mesmo perder uma oportunidade de emprego:

*faltei em alguns retornos e seguimentos posteriores porque eu tive vergonha de voltar aqui. Eu não tive coragem, marquei uma cirurgia e não vim. (E5)*

*já, já ouvi me chamarem de louca. Isso doía e eu chorava e era no começo agressiva com as pessoas, mas depois eu fui começando a tentar retomar e não brigar com as pessoas, o mais difícil é conviver com as pessoas. (E2)*

*Às vezes os outros perguntam e aí eu falo que foi um acidente com queimadura, eu não gosto de lembrar. (E7)*

*[...] foi numa hora de nervoso e minha família me olha, minha família toda como se eu fosse uma pessoa estressada. (E3)*

*[...] as pessoas, elas me incomodam, porque eu posso ter problema nenhum em por biquíni e as queimaduras fazem parte da minha vida, elas existem e vão existir até o fim[...] mas então “as pessoas olham e perguntam nossa você se queimou assim como? e aí fica difícil você explicar e aí você lembra, tipo assim, aí foi um acidente de churrasqueira, acabo mentindo e eu não gosto, mas também falar a verdade para mim também não é bom.(E2)*

*não dá para explicar o que aconteceu para todo mundo.Só quem é da família sabe o que aconteceu, que eu conto.(E8)*

*Senti muito e ainda é difícil, porque tem amigos da gente que a gente acha que é um amigo e não [...] são debochadores, debocham muito da gente, chamam eu de javali, que javali é um porco que queima e joga água e então eu exclui eles da minha vida e tem horas que as brincadeiras me dão vontade de voar neles, mas eu me controlo.(E5)*

Quando falamos de cuidados com queimadura e se tratando de uma queimadura autoinflingida retratamos dois binômios importantes: cuidados e tratamento de seqüelas versus saúde mental. As falas acima demonstraram o quanto a “desinformação” e as medidas de reorientações são importantes aos usuários, mas, muitas vezes, são passadas despercebidas pelos mesmos quando

---

recebem a alta; assim como o cuidado com a reabilitação pela fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e psiquiatria são deixados de lado em momentos que são imprescindíveis e necessários. É importante salientar que para todo tratamento há um alto custo, mas que o abandono no momento errado e uma reinternação por falta de adesão ao tratamento, tendem a propiciar um ônus ainda maior para os serviços de saúde, pois as possibilidades de cirurgias reparadoras e de certa forma uma nova tentativa de suicídio tendem a ser piores necessitando muitas vezes de um tratamento com maior complexidade.

#### **4.2.3.2 Recursos e projetos que dão sentido para prosseguir a vida**

- ***A família e a religião enquanto apoio incondicional***

Quando perguntado aos pacientes sobre os recursos que contam para prosseguir suas vidas, a família foi considerada a maior responsável e favorecedora de cuidados e apoio incondicional, bem como facilitador no enfrentamento das dificuldades financeiras e acompanhamento aos retornos ambulatoriais e possíveis reinternações para as cirurgias reparadoras:

*fui muito bem recebida pela família, só que eu percebi que minha família tinha um pouco de cuidado, medo e insegurança de eu fizesse tudo de novo, sabe?(E7)*

*agora atualmente eu encontrei outra companheira e é quem está me dando força para eu ir para frente.(E5)*

*[...] minha mãe sofre...eu acho que antes ela sofria até mais, né? eu tava aqui, muito mal e as pessoas ligavam perguntado, poxa filha você queimou de que jeito? e a minha mãe não queria que eu dissesse a verdade.(E8)*

*Quando eu não queria ir para o hospital, minha mãe dizia que eu era linda e que precisava descobrir minha beleza e me amar de verdade. (E7)*

A organização e o apoio entre os membros da família são recursos buscados

---

pelos pacientes para que possam compreender o que está acontecendo e o que está sendo feito. Isso mostra a importância em orientar a população a respeito das condutas que podem ser tomadas em uma situação de urgência/emergência com a queimadura e, principalmente, o que acarreta uma queimadura por tentativa de suicídio.

Nos retornos dos pacientes ao ambulatório pude observar que muitas vezes os familiares buscavam orientações e geralmente eram atendidos pela psicóloga, a fim de receber orientações de como lidar com as sequelas, depressão, aparência física e a possibilidade de uma futura tentativa de suicídio; ficando evidente a que grau de angústia e sofrimento estes familiares podem chegar aos serviços de saúde, além de todo o percurso e do estresse que podem enfrentar no cuidado a estes pacientes.

A estrutura vivida pela família, independente de conflitos, pois mesmo assim havia uma organização que é desfeita, torna-se um momento em que emergem conflitos que serão aflorados no ambiente hospitalar. Conhecer esta realidade possibilita aos profissionais maior atenção e compreensão de muitos comportamentos que podem ser desencadeados na chegada à unidade de emergência, abrindo espaço para o acolhimento e permitindo a elaboração e reorganização familiar para a forma de receber esses pacientes em casa.

Lidar com uma doença crônica e seus possíveis eventos estressantes e abruptos gera tensão e preocupação para a família, impondo a necessidade de reelaboração, organização e adaptação dos papéis familiares, evitando que a família se fragilize neste processo (SANTOS et al., 2007).

*Os meus irmãos, minha família que fazem de tudo para ajudar, pois somos bastante unidos e eu acho que foi tudo uma experiência. (E6)*

*Nossa eles me ajudaram muito e me ajudam até hoje. (E4)*

*no começo quando eu sai daqui eu sai com o meu irmão e fiquei na casa dele uns dias e ai ele me arrumou o dinheiro da passagem. (E5)*

*ai, quando eu recebi a alta eu fiquei em casa, meu marido fazia a comida e a minha menina lavava a roupa e os serviços de casa [...] só ficava deitada porque eu não podia fazer nada, ficava toda enfaixada e a minha menina cuidou de mim...as vizinha também ajudava[...] (E1)*

---

A presença da doença, no caso do trauma pela queimadura, altera o cotidiano das famílias e tendem a gerar situações de desconforto para o doente. Todavia o modo como a doença atinge a vida doméstica varia segundo os atributos do doente e da família. O retorno para casa é um momento difícil para o doente e quando tratamos de tentativa de suicídio, outros cuidados tendem a ser importantes, já que a culpa, o medo e a desconfiança de uma nova agressão não deixam de ser descartadas, como aborda a literatura (MELLO, 2006; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 2002; WHO, 2002).

As experiências dos entrevistados, apesar de toda a dificuldade de adesão ao tratamento e as experiências difíceis com a queimadura e a internação evidenciaram a sobrevivência como algo sagrado e merecedor de uma nova chance, encontrando muitas vezes, além do apoio da família, a importância da religião em suas vidas, como recursos consideráveis para as estratégias de enfrentamento e projetos futuros, dando a sensação e estímulo de esperança; além de conquistas materiais, reorganização e planejamento familiar, valorização de si próprio, e autoestima.

*eu adoro e acho que melhorou bastante o meu estado emocional, a gente ir à igreja é importante e acho que a gente se sente melhor quando a gente participa de alguma coisa, nossa é muito gostoso e espero voltar a ir semana que vem.(E4)*

*aí os meus filhos, a igreja é muito muito importante, às vezes quando eu voltei do hospital eu pensava em morrer, vinha os pensamentos e aí eu pensava eu não posso e não quero deixar minha filha e hoje em dia eu tenho medo de morrer, sinceramente, não sei explicar eu tenho medo.(E1)*

*[...] uma coisa eu aprendi assim, que pensar no passado é sofrer duas vezes, só que não tem jeito essas marcas vão ficar comigo o resto de minha vida, mas assim eu quero é ser feliz (E2)*

*[...] eu quero dar meu testemunho de vida e ajudar muita gente que passou pelo que eu passei (E4)*

*meu sonho é ter minha casa própria e ser feliz do jeito que eu estou. Agora eu me amo e valorizo minha pessoa. (E1)*

---

*eu quero muito uma prótese de mama, eu acho que vai ajudar minha autoestima, a dor da perda de um seio é muito triste...é muito triste se olhar.(E3)*

*Depois que eu me queimei eu freqüentei o terreiro e faz um tempo que eu não vou e eu estou sentindo falta, porque quando eu fico triste eles me ajudam muito. (E5)*

Toda essa trajetória é de fundamental importância para o conhecimento dos profissionais que trabalham nos serviços de urgência/emergência, para que compreendam e saibam receber adequadamente esses usuários.

Diferentes teorias e estudos tentam abordar o suicídio e a tentativa de suicídio. Por outro lado, torna-se fundamental conhecer a vida destes sujeitos após a alta hospitalar e como enfrentam suas vidas, mesmo após uma tentativa de morte; entender como realizam suas atividades de vida diária, o retorno ao trabalho e o que se torna importante para continuar suas vidas e se responsabilizar pelo tratamento a ser seguido.

Os fatores de risco para o comportamento suicida são numerosos e interagem entre si. O fato de saber que os indivíduos têm uma predisposição para o suicídio e poder confrontar a combinação de fatores de risco são elementos que podem ajudar a localizar os que mais precisam de esforços de prevenção.

Para Victor Frankl (1981), uma das principais características humanas está na capacidade de se elevar acima das condições biológicas, psicológicas ou sociológicas e crescer para além delas. Seria importante entender que a busca de sentido na vida é a principal força motivadora do ser humano. Em suas observações no campo de concentração percebeu que somente conseguiam manter-se vivas as pessoas que tinham um sentido na vida. Portanto, o sofrimento pode ser uma escola imprescindível de descoberta de significados e sentido.

O significado da queimadura na vida de cada sujeito é algo muito pessoal e vivenciado das mais diversas formas, bem como o sentido e significado que dão às suas vidas após um desejo e tentativa de morte.

## *5 CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

---

Nesta pesquisa verificou-se que os participantes deste estudo nem sempre estão atentos aos aspectos de cuidados com a queimadura, bem como os indícios de preocupação com a saúde mental quando percebem uma “leve depressão”, “tristeza” e até mesmo pensamentos de morte. Muitos deles não buscam ou procuram os serviços de saúde que possam suprir tais necessidades e mesmo os retornos com a Unidade de Queimados que quando marcados chegam a faltar, alegando “medo” e “vergonha” dos profissionais de saúde da instituição, fragilidade e medo das cirurgias.

Por outro lado, o momento de reencontro e participação nas entrevistas possibilitou a formação de vínculo com estes sujeitos tornando-se posteriormente um facilitador, que permitiu encontros posteriores para seguimento e atendimento das demandas relacionadas com a queimadura, como, por exemplo, os retornos marcados que anteriormente foram abandonados, orientações quanto à importância de profissionais da área de saúde mental em momentos de tristeza e dificuldades.

Pode-se perceber que a procura por um serviço médico, após tentativa de suicídio, depende de vários fatores, entre os quais o grau de gravidade (ou o potencial de risco de morte) da auto-agressão, o acesso e a confiança no sistema de saúde, o estigma da população em relação ao comportamento suicida e o medo da criminalização do ato. As falas dos pacientes demonstradas em suas experiências viabilizaram a identificação de necessidades e dificuldades no pós alta em suas atividades de vida diária, trabalho e lazer, o que pode auxiliar em futura prática e planejamento de intervenções para as possíveis internações e reinternações de pacientes que se enquadram neste perfil.

Compreender o valor da cultura, o impacto da violência e as políticas de saúde pública são fundamentais para um tratamento adequado, coerente e mais humanizado e acolhedor ao sentimento alheio de forma que o atendimento ao paciente que tentou o suicídio, considerando a complexidade que envolve o processo de morte e o processo saúde-doença relacionado à queimadura, faz-se necessária uma visão multidimensional para o cuidado a essa parcela da população. Outro ponto a se destacar é a importância da família que, na maioria das vezes, acompanha estes pacientes nos serviços de saúde e, dessa forma, é primordial oferecer ambiente que acolha as demandas destes pacientes e de seus familiares, na busca por ajuda nos momentos de agravo à saúde, possíveis reincidivas que podem vir acompanhadas tanto pela fragilidade física como pelo emocional de

---

ambos, principalmente na possibilidade de novas tentativas de suicídio, afastamento do trabalho e reinserção e participação social.

Vale destacar que cada pessoa, paciente ou acompanhante, que chega à Unidade de Emergência possui sua história de vida que não permanece do lado de fora do hospital. Observou-se que, ao relatarem sua experiência, os entrevistados buscaram por sentimentos e significados que permearam não só o momento do evento, mas também toda a trajetória que o antecede. Nesse sentido, pensar na elaboração e implementação de estratégias que garantam a humanização e o acolhimento em todos os âmbitos do atendimento à saúde da população, por meio da adoção de trabalho integrado e interligado entre os diferentes serviços de saúde, é um desafio a ser enfrentado por gestores e profissionais da área.

Os fatores de risco para o comportamento suicida são numerosos e interagem entre si. O fato de saber que os indivíduos têm uma predisposição para o suicídio e poder confrontar a combinação de fatores de risco são elementos que podem ajudar a localizar os que mais precisam de esforços de prevenção.

A existência de fatores de proteção fortes o suficiente, mesmo na presença de vários fatores de risco, como uma grande depressão, esquizofrenia, uso do álcool ou perda de uma pessoa amada, pode evitar que se desenvolvam condições para ideias suicidas ou o comportamento suicida no indivíduo.

Aos profissionais que trabalham na área da saúde mental, mesmo com a falta de adesão ao tratamento, é importante a tomada de ações mais efetivas e de acompanhamento a esses pacientes. Para isso, é preciso conhecer a realidade e as necessidades dos serviços, a partir das experiências das pessoas que recebem assistência nos mesmos, bem como dos profissionais que ali assistem.

Além disso, para que os profissionais da saúde conheçam a realidade e as necessidades da população atendida, cabe a esta também conhecer a realidade de trabalho dos profissionais, o que possibilita a troca nas relações e a responsabilidade ao tratamento. Essa troca é relevante para o exercício de relações humanizadas nos dois sentidos, favorecendo a tomada de consciência mútua, de profissionais e cidadãos, em busca de finalidades e projetos comuns para a saúde.

O pouco comprometimento cutâneo pode ocultar para leigos a intensa gravidade de tal queimadura, que resulta em grande destruição das estruturas profundas. Os entrevistados retrataram suas histórias anteriores e posteriores ao agravo à saúde, incluindo as dificuldades encontradas para o cuidado com a

---

queimadura bem como suas fragilidades quanto à inserção e participação social, tais como a manutenção do tratamento, as dificuldades financeiras, as readaptações na estrutura familiar devido à queimadura e os cuidados com sua saúde emocional e fisiológica, a organização familiar adotada para suprir as necessidades após a alta hospitalar, o preconceito e os recursos com que contam, em especial a religião.

Torna-se fundamental reconhecer a importância de políticas e campanhas de prevenção às queimaduras, já que a maioria dos pacientes alegava não saber a repercussão do binômio álcool e fogo e, conseqüentemente, saber diferenciar os graus de uma queimadura, o tempo de cicatrização e a pele que não volta a ser como antes, sendo importante avaliar as possíveis expectativas quanto às sequelas estéticas, principalmente.

Revelaram, também, o momento do agravo e toda sua angústia no reconhecimento da situação e a necessidade de tomar decisões para a busca de atendimento adequado fora de suas cidades de origem, retratando também as dificuldades encontradas por eles durante a internação: dor, embaraços, preconceito de profissionais de saúde, arrependimentos, preocupação com a imagem corporal, a reabilitação e a mudança na postura de vida frente às possibilidades de alta, os cuidados com a queimadura e os projetos futuros ao retornar para casa.

A queimadura desvelada por uma tentativa de suicídio repercutiram na vida dos entrevistados, pelo fato de que muitos deles estavam sozinhos ou acompanhados de familiares (filhos, esposos), em ambiente doméstico, sendo as brigas conjugais, problemas de saúde, uso de álcool e drogas, relacionamentos familiares conturbados os principais motivos da queimadura. A falta de informação sobre como agir e o que dizer quando perguntam sobre o que ocasionou a queimadura foram empecilhos e dificuldades observadas no retorno para casa.

Por fim, expressaram todas as sensações e sentimentos que envolveram este momento, desde a chegada ao hospital até o momento de suas expressões por meio das entrevistas: choros, dúvidas, vergonha e projetos de vida.

Assim, evidenciou-se a importância do acolhimento e da humanização da assistência nos serviços de saúde, mas para tanto, existe a real necessidade do envolvimento de todos os profissionais, cada qual conhecendo seu papel e sua importância neste processo aliado ao reconhecimento das necessidades, tanto do paciente quanto de seus familiares, já que estes são a principal fonte de apoio destes pacientes neste momento.

Nesse sentido, enquanto terapeuta ocupacional e parte da equipe da Unidade de Queimados, após o reconhecimento da situação dos pacientes queimados por autoagressão e o quanto a cada dia este número vem caminhando para um crescente de internações o que, de certa maneira, motivou o interesse por esta pesquisa, algumas ações precisam ser realizadas com a finalidade de minimizar os problemas como o apoio e discussão de casos com equipe multidisciplinar do serviço com a busca de um atendimento mais centrado e humanizado a este perfil de pacientes, apresentação de trabalhos científicos em encontros e congressos de queimaduras, de forma a encontrar e oferecer subsídio para as políticas e serviços voltados para prevenção das tentativas de suicídio, suicídio por líquidos inflamáveis e fogo, promover permanente discussão sobre a integração das equipes que atendem aos casos de tentativas de suicídio nos hospitais e questões importantes relacionadas ao tema suicídio; além de incentivar estratégias de acolhimento aos casos de tentativas de suicídio nos próprios hospitais, bem como sua integração com rede local de cuidado em saúde e saúde mental.

A situação de emergência pode ser também um momento de reflexão e elaboração a respeito do que tem sido feito das condutas tomadas e do seguimento adequado do tratamento. Desta forma é possível vislumbrar o significado particular que este momento de ansiedade gera nos pacientes e familiares e o modo de enfrentá-lo como a ambivalência de sentimentos e atitudes entre viver e querer morrer, por exemplo.

Estudos apontam que os trabalhos publicados sobre suicídio utilizam, em sua maioria, registros oficiais de informações, atestados de óbitos, prontuários médicos e registros de causa da morte nos cartórios de registro civil, os quais permitem, de certa forma, estimar as taxas de incidência do suicídio e da tentativa nas populações. Por outro lado, conhecer as políticas de saúde pública de forma a orientar os profissionais de saúde e prevenir as tentativas de suicídio são importantes para conhecer os fatores de risco e subsidiar a elaboração de estratégias preventivas e de promoção da saúde.

Para que o paciente tenha condições de enfrentar as dificuldades, para criar sistemas de apoio e mecanismos adaptativos e para aumentar sua motivação, engajamento e participação no tratamento, o terapeuta ocupacional e demais profissionais de saúde precisam desenvolver um vínculo consistente com os usuários do sistema público de saúde a fim de favorecer positivamente o resultado

de seu tratamento.

Assim, torna-se importante conhecer os pacientes em seu retorno para casa e saber por meio de suas experiências de vida suas dificuldades, limitações, avanços e desafios em sua vida ocupacional, bem como os recursos que contam para enfrentar suas vidas, com um olhar atento para suas queixas relacionadas a ideias ou a pensamentos de morte, a fim de atentar-se principalmente a possíveis reincidivas que certamente poderão ser letais, sendo os profissionais de saúde e familiares capazes de identificar um pedido de socorro e ajuda, quando possível.



## *REFERÊNCIAS<sup>1</sup>*

---

---

---

<sup>1</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

---

ABC DA SAÚDE. **Suicídio**. 2005. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?401>>. Acesso em: 01 set. 2010.

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 202 p.

ALMEIDA, S. A.; GUEDES, P. M. M.; NOGUEIRA, J. A.; ALMEIDA, J.; FRANÇA, U. M.; SILVA, A. C. O. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. **Rev. Elétron. Enferm.**, Recife, v. 1, n. 2, p. 383-389, 2009.

ARAÚJO, L. R. R.; PRESTES, M. A.; RIPPEL, A.; ROESLER, R.; PACHECO, A. L.; GRAÇA, L. N. Tentativa de suicídio por queimadura: estudo retrospectivo. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 51-58, set./dez. 1999.

ARIÉS, P. **A história da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989. 2 v.

ARTZ, C. P.; MONCRIEF, J. A.; PRUIT, B. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

ASSIS, J. T. S. J. A terapia ocupacional em contextos hospitalares: sua importância na assistência ao paciente que sofreu queimadura. In: FIGUEIREDO-UCHÔA, L. R.; NEGRINI, S. F. B. M. (Orgs.). **Terapia ocupacional: diferentes práticas em hospital geral**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. p. 189-199.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 268 p.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 425-431, out.- dez. 2005.

BARROS, M. B. A. As mortes por suicídio no Brasil. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 41-59.

---

BAYLON, M. G.; MARQUETTI, F. C.; MOYA, C. I. S. Suicídio: representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do fenômeno. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 8., 2008. São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba. – UNIVAP, 2008. p.1-3.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 316 p.

BENETTON, J.; FERRARI, S.; TEDESCO, S. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional – CETO**, São Paulo, v. 8, p. 27-40, 2003.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ArtMed, 2004. p. 35-44.

BOTEGA, N. J.; RAPELLI, C. B. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: ArtMed, 2002. p. 365-377.

BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B.; FREITAS, G. V. S. Perspectiva psiquiátrica. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. (Orgs). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ArtMed, 2004. p. 107-121.

BOTEGA, N. J.; MAURO, M. L. F.; CAIS, C. F. S. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 123-140.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção ao comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, set.-dez. 2006.

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M.B.A.;M. B.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p.2632-2638., dez. 2009.

BOTSWICK, J. M.; PANKRATZ, V. S. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. **Am. J. Psychiatry**, v.157, p. 1925-1932, 2000.

---

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **Mundo Saúde (1995)**, São Paulo, v. 27 n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/d13.def>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: Experimentos naturais e planejados. Porto Alegre, RS: Artemed, 1979.

CAMON, V. A. A. **Solidão**: a ausência do outro. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

CASSAB, L. A.; RUSCHENSKY, A. Indivíduo e ambiente: a metodologia de pesquisa da história oral. **Biblos**, São Paulo, n. 16, p. 7-24, 2004.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CASSORLA, R. M. S. Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). **Do suicídio**: estudos brasileiros. São Paulo: Papyrus, 1991. p. 17- 26.

CASSORLA, R. M. S. Psicodinâmica do suicídio. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO, 1., 2006, Porto Alegre. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 17-18.

CECILIO, L. C. O.; MERHY E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>. Acesso em: 11 nov.2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1451 de 10 de março de 1995**. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/.../deptos/.../RESOLUCAO\\_CFM\\_1451-95.doc](http://www.cremesp.org.br/.../deptos/.../RESOLUCAO_CFM_1451-95.doc)>. Acesso em: 15 jul. 2009.

COPPE, A. A. F.; MIRANDA, E. M. F. O psicólogo diante da urgência no pronto-socorro. In: ANGERAMI-CAMON, W. A. (Org.). **Urgências psicológicas no**

---

**hospital.** São Paulo: Pioneira, 2002. p. 61-80.

COSTA, E. C. F. B.; ROSSI, L. A. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 72-81, 2003.

DAVIDSON, F. The patients with burns. In: ALEXANDER, M. F.; FAWCETT, J. N.; RUNCIMAN, P. J. **Nursing Practice - Hospital and home the adult.** London: Churchill Livingstone, 1995. p. 859-874.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. (Org.). **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares.** São Paulo: Roca, 2004.

DURKHEIM, E. **O suicídio:** estudo sociológico. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996. 310 p.

EARLY, M. B. Desempenho ocupacional. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia ocupacional:** capacidades práticas para disfunções físicas. Tradução Lúcia Speed Ferreira de Mello, Claudio Assencio Rocha. São Paulo: Roca, 2004. p. 125-131.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP.** 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Século XXI.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, E. **Adaptação cultural da “Burn Specific Health Scale-Revised”.** 2006.131 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERREIRA, L. A. **Construindo o processo que levou o paciente queimado à intercorrência da queimadura.** 1997. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

FICHER, A. M. F. T.; VANSAN, G. A. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um

---

hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 361-374, jul.-set. 2008.

FORTUNATO, E.; RUSCHEINSKY, A. A história oral na pesquisa social sobre espaço urbano. **Biblos**, Rio Grande, v. 16, p. 25-36, 2004.

FRANKL, V. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 1991.

FREITAS, M. C.; MENDES M. M. R. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenções de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 362-6, maio-jun. 2006.

FUKUMITSU, K. O. **Suicídio e psicoterapia – uma visão gestáltica**. Campinas: Livro Pleno, 2005. (Série Gestalt-Terapia).

GEERTZ, C. **A interpretação da cultura**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1989. 323 p.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 305 p.

GONÇALVES, R. C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, p. 83-92, 2007. Número especial.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M., SENA, E. L. S.; SANTANA, W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out.-dez. 2006.

GOYATÁ, S. L. T. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar**. 2005. 321 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GUTIERREZ, M. R.; BARBIERI, M. A. Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial – os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 81-98, jan.-mar. 1998.

---

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Eliane Mussnich. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HESSE-BIBER, S. N.; LEAVY, P. Content analysis and unobtrusive methods. In: \_\_\_\_\_. **The practice of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2006. p. 279-314.

HOLLEY, H. L.; FICK, G.; LOVE, E. J. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. **Soc. Psychiatry Epidemiol.**, Canadá, v. 33, n. 11, p. 543-551, 1998.

JORGE, M. R. Adaptação transcultural de instrumento de pesquisa em saúde mental. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (Eds.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. cap. 6, p. 53-58.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, E (Eds.). Relatório mundial sobre violência e saúde. In: DELEO, D.; BERTOLOTE, J.; LESTER, D. **Violência auto-infligida**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2002. cap. 7, p. 203-232.

LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, C. M. A.; CARVALHO, C.; LAUERMAN, C. R.; MACÁRIO, E.; GLATT, R. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 3, p. 135-147, 2004.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Tentativa de suicídio: o traumático via ator-dor. **Psicol. Teor. e Pesqui.**, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 185-194, abr.- jun. 2007.

MARCON, M. A.; PRESSOTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MAZZETTO-BETTI, K. C.; AMÂNCIO, A. C. G.; FONSECA, M. C. R. Avaliação funcional dos membros superiores em pacientes que sofreram queimadura elétrica por corrente de alta voltagem. In: SIICUSP, 14., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2009.

---

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

MELLO, M. F. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.163-170, jan.-mar. 2000.

MELLO, M. F. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MELLO, M. A. F.; DE CARLO, M. M. R. P.; BARROSO, P. N.; SEABRA, R. C. Processo avaliativo em terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. R. P.; LUZO, M. C. M. (Org.). **Terapia Ocupacional - Reabilitação Física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 74-98.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MINAYO M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MOSCICKI, E. K.; Epidemiological surveys as tolls for studying suicidal behavior: a review. **Suicide Life Threat Behav.** 1989; p.131-46.

MOSCICKI, E. K.; North American perspectives: epidemiology of suicide. **Int. Psychogeriatr.**, New York, v. 7, n. 2, p. 137-148, 1995.

NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. Introdução á terapia ocupacional. In: \_\_\_\_\_. **Willard e Spackman: terapia ocupacional**. 9. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 3-9.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

---

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 62-71.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação – Relatório Mundial**. Brasília, DF, 2002.

PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. Desempenho ocupacional e modelos de prática para disfunção física. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas**. Tradução Lúcia Speed Ferreira de Mello, Claudio Assencio Rocha. São Paulo: Roca, 2004. p. 3-13.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 5, p. 663-669, set.-out. 2005.

PERITI, P.; DONATI, L. Survival and therapy of burn patients at the threshold of the twenty-first century: a review. **J. Chemoter.**, v. 7, p. 475-502, 1995.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Condições de atendimento na unidade de emergência: um estudo qualitativo com famílias de pacientes. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 223-232, set.-dez. 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **A pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

RIBEIRO, L. P. **Análise funcional de relatos sobre tentativas de suicídio**. 2006. 72 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

ROSSI, L. A.; FERREIRA, E.; COSTA, E. C. F. B.; BERGAMASCO, E. C.; CAMARGO, C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 36-42, jan.-fev. 2003.

ROSSI, L. A.; CAMARGO, C.; SANTOS, C. M. N. M.; BARRUFFIN, R. C.; CARVALHO, E. C. A dor da queimadura: terrível para quem sente estressante para quem cuida. **Rev. Latino- am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26, jul. 2000.

---

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

SANCHES, L. M.; BOEMER, M. R. O convívio com a dor: um enfoque existencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 386-393, 2002.

SANTANA, F. C.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V.; REIS, A. C. Evolução temporal da mortalidade por suicídio no Brasil, 1980 a 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 1-7, 2002.

SANTOS, J. S. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e a sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 403-418, jul.-set. 2002.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da UE-HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul.-dez. 2007.

SCHNEIDER, D. G.; MANSCHEIN, A. M. M.; AUSEN, M. A. B.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81-89, jan.-mar. 2008.

SHNEIDMAN, E. **Definition of suicide**. New York: John Wiley & Sons, 1985.

SELLI, L. Dor e sofrimento na tessitura da vida. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 297-300, abr./jun. 2007.

SILVA, M. M. **Trama da comunicação**. 1992. Disponível em <<http://www.avesso.net/suicidio.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2010.

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.15-26, 2004.

---

SIQUEIRA, F.; JULIBONI, E. O papel da atividade terapêutica na reabilitação do indivíduo queimado em fase aguda. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 79-93, 2000.

SOARES, F. N. **Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo**. 2003. 224 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Holt, Rineart, and Winston, 1980.

STEFANELLO, S. **Tentativas de suicídio atendidas no Hospital de Clínicas da Unicamp: diferenças entre os sexos**. 2007. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atheneu, 1987.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALE, E. C. S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 9-19, jan.-fev. 2005.

VAN EGMOND, M.; DIEKSTRA, R. F. W. The predictability of suicidal behavior: the results of a meta-analysis of published studies. In: DIEKSTRA, R. F. W. (Org.). **Suicide prevention: the role of attitude and imitation**. Leiden: Brill, 1989. p. 36-49.

WERLANG, B. S. G. **Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio**. 2000.. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidades Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Injury**: a leading cause of the global burden of disease. Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders**: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders**: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008**: primary health care (now more than ever). Geneva, 2008.

---

---



---

**Apêndice A –**

Nº do questionário: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_  
Observação do entrevistador: \_\_\_\_\_

---

---

**ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO*****I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO***

- DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_
- GÊNERO ( ) masculino ( ) feminino
- PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_
- ESTADO CIVIL: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Amasiado  
( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) Outros
- NÚMERO DE FILHOS: \_\_\_\_\_
- ESCOLARIDADE:
  - ( ) Analfabeto
  - ( ) Sabe ler/escrever
  - ( ) 1 a 4 anos de estudo
  - ( ) 5 a 8 anos de estudo
  - ( ) 9 a 12 anos de estudo
  - ( ) 13 ou mais anos de estudo
  - ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- PROFISSÃO: \_\_\_\_\_
- TRABALHA ATUALMENTE: ( ) SIM ( ) NÃO
- RELIGIÃO: \_\_\_\_\_
- COM QUEM VIVE: \_\_\_\_\_

---

## **II. DADOS CLÍNICOS**

- DATA DA QUEIMADURA:

- AGENTE ETIOLÓGICO:

- ÁREAS ATINGIDAS:

- SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA:

- TENTATIVA DE SUICÍDIO ANTERIOR ( ) sim ( ) não

- TENTATIVA DE SUICÍDIO APÓS A ALTA HOSPITALAR: ( ) sim ( ) não

- USO DE MEDICAÇÃO-PSICOFÁRMACOS:

## **III – QUESTÕES NORTEADORAS**

1) Como foi a retomada de sua vida quando você recebeu sua alta hospitalar ?

2) Como tem sido sua experiência em relação às sequelas da queimadura nas:

**Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Profissionais e Produtivas e**

**Atividades de Diversão e Lazer:**

3) O que é importante para você que lhe ajuda a prosseguir sua vida?

4) O que você espera de seu futuro?

## Apêndice B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**NOME DA PESQUISA:** Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão após sua alta hospitalar

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Janaina Teresinha da Silva Junqueira Assis: CREFITO/3 9443- TO

**PROMOTOR DA PESQUISA:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**PATROCINADOR QUE APOIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA:** não há

#### ESCLARECIMENTOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

Estou convidando você, que foi paciente da Unidade de Queimados do HCFMRP-USP para participar de uma pesquisa na qual pretendemos investigar como está vivendo após sua alta hospitalar. A proposta deste trabalho é conhecer qual a experiência apontada pelo paciente após a volta para casa, trabalho e relações pessoais e que tipo de recursos conta para prosseguir sua vida. Caso você concorde em participar, terá que responder algumas perguntas: **Como foi a retomada de sua vida quando você recebeu sua alta hospitalar? Como tem sido sua experiência em relação às sequelas da queimadura nas: Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Profissionais e Produtivas e Atividades de Diversão e Lazer? O que é importante para você que lhe ajuda a prosseguir sua vida? e O que você espera de seu futuro?** Que serão gravadas e, posteriormente, transcritas para que possa, a partir dos dados, saber como você está enfrentando esse momento. Você não será identificado e as informações que você nos der serão confidenciais. Comprometo-me em destruir as gravações depois que todos os dados coletados forem analisados. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no seu tratamento.

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido;
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
- O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, podendo ser utilizadas para fins didáticos e em eventos ou trabalhos científicos, mas não serão expostos de forma que o (a) identifique.

Ribeirão Preto, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

-----  
Assinatura do sujeito da pesquisa

-----  
Assinatura do pesquisador responsável

#### INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

I. Mestranda Janaina Teresinha da Silva Junqueira Assis e Terapeuta Ocupacional contratada da Unidade de Queimados do HC-FMRP/USP, 4º andar, Unidade de Emergência, Ribeirão Preto/ SP . Tel. cel: 16-92347569  
II Email: Janaina.junqueira@gmail.com Tel. Trabalho: 36021140 (Unidade de Queimados do HC-FMRP/ USP- Unidade de Emergência).





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 23 de junho de 2010

Ofício nº 1983/2010  
CEP/MGV

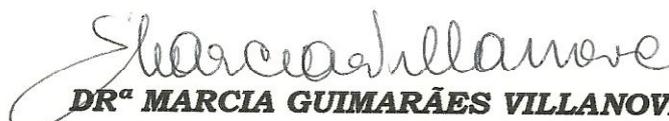
**Prezadas Senhoras,**

O trabalho intitulado **“CONHECENDO A VIDA OCUPACIONAL DO PACIENTE QUEIMADO POR AUTO-AGRESSÃO APÓS A SUA ALTA HOSPITALAR”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 310ª Reunião Ordinária realizada em 21/06/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 4734/2010.

*Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.*

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

  
**DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

**JANAÍNA TERESINHA DA SILVA JUNQUEIRA ASSIS**  
**PROFª DRª TOYOKO SAEKI (Orientadora)**  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

