

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**VIVIDAÇÃO NA PELE RESTAURADA: LIMITE ENTRE O VIVER  
E O MORRER DO PACIENTE GRANDE QUEIMADO E O  
CUIDADO DA EQUIPE HOSPITALAR.**

Josélia Quintas Silva de Souza

RECIFE, PE. - 2003

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**VIVIDAÇÃO NA PELE RESTAURADA: LIMITE ENTRE O  
VIVER E O MORRER DO PACIENTE GRANDE QUEIMADO E  
O CUIDADO DA EQUIPE HOSPITALAR.**

Dissertação apresentada pela mestranda Josélia Quintas Silva de Souza à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação das Professoras Doutoras Henriette T. P. Morato e Albenise de O. Lima.

Recife, PE. - 2003



VIVIDAÇÃO NA PELE RESTAURADA: LIMITE ENTRE O VIVER E O MORRER DO PACIENTE GRANDE QUEIMADO E O CUIDADO DA EQUIPE HOSPITALAR.

JOSÉLIA QUNTAS SILVA DE SOUZA

Recife, 27 de fevereiro de 2003

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Heloisa Szymansk

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas

Profª Drª Henriette Morato

UNICAP - BIBLIOTECA CENTRAL

## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, que tanto amo, fonte de minha alegria:

- o entusiasmo e o apoio de Nando, sempre ao meu lado, compartilhando do amor pelo saber.
- a compreensão e o carinho de Lu, dia após dia, estímulos que me fortaleceram nas horas de afastamento para a realização deste trabalho.

In Memoriam meus pais, Albérico e Nilza, em especial meu pai, pela sabedoria e presença afetiva, com quem muito aprendi sobre a vida, minha eterna admiração.

A todos os meus pacientes, sem eles, eu não saberia...

- àqueles que, em sua dor e no encontro, puderam descobrir e revelar força para superar os limites do sofrimento humano e que, apesar e além dele, lutaram conosco pela vida.
- àqueles que, exaustos por sua dor e na agonia, não puderam ultrapassar o desafio/limite da doença em suas vidas, meu respeito e minha gratidão.

Ao Dr. Marcos Barretto, chefe de equipe do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração, exemplo de solicitude aos pacientes e irrepreensível profissionalismo, que esteve sempre presente, com seu rigor, acreditando e incentivando meu percurso científico.

Aos colegas da equipe do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração, em especial àqueles que colaboraram, participando desta pesquisa, com quem compartilho preocupações e alegrias, no cuidado ao paciente queimado.

Ao Dr. Edmar Maciel, e a todos da sua equipe, chefe do Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza, que me receberam naquele Serviço, apresentando sua rotina e a sua experiência com pacientes queimados.

A minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Henriette Morato que em nossa convivência acadêmica me ofereceu, com seu jeito de ser e sua experiência apaixonada, ricos conhecimentos, possibilitando-me grandes momentos de reflexão e aprendizagem acerca da prática clínica fenomenológica e do sentido de ser, minha grande admiração e agradecimentos pelo estímulo e pela confiança em mim depositados.

A Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Albenise Lima, pela suavidade e disponibilidade com que me acompanhou nessa caminhada, esclarecendo, orientando, revigorando-me nos momentos de dúvida e de incerteza.

Um agradecimento especial à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Lúcia Francisco, que marcou este processo oferecendo valiosas críticas e sugestões, levando-me à descoberta de caminhos para o aprimoramento de minha meta.

Agradeço também ao Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas, cuja avaliação criteriosa muito contribuiu para o enriquecimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Jesús Vásquez Torres, pelos ensinamentos e disponibilidade em esclarecer as minhas dúvidas sobre o conteúdo teórico desta pesquisa.

A Prof<sup>ª</sup> e amiga Marisa Sá Leitão pela sensibilidade e profissionalismo, com quem compartilhei os primeiros momentos da Psicologia Clínica, no Hospital.

Muito obrigada, ainda, aos demais professores deste Mestrado, aos funcionários e colegas, pelo convívio amigável e respeitoso de todos.

## "O Retorno a vida"

Existem certos momentos em nossas vidas, em que a gente pensa que tudo acabou. O mundo diluiu, o ar expirou, e que tudo chegou ao fim; É aquele momento em que você sente que não existe mais solução, que se apagou a única luz que existia no fim do túnel.

É quando tudo isso está se concretizando em sua mente, você sente uma mão posar em seu ombro forte, poderosa, mais ao mesmo tempo cheia de cuidado e ternura, acompanhada de uma voz cheia de amor e uma grande dose de vida, que aos poucos vai te tirando do fundo do poço, onde você jamais pensava sair. O Je Jooz de volta em uma realidade que você não imaginava que existisse novamente.

A realidade da vida, a alegria de saber que você está existindo e que serve para alguém; A felicidade de um dia ser encontrado esta grande mão e mão amiga que te ajudou, que curou suas feridas, que enxugou as suas lágrimas, que te trouxe de volta a vida. sim

Obrigado a cada um de vocês que são elos desta mão, a cada um que forma este quadro da vida; Obrigado a vocês que são Médicos, psicólogos, enfermeiros, Terapeutas, assistentes sociais afinal todos estes que contribuem para desenvolver a vida, que seja com atos ou palavras ou que seja apenas com um simples olhar. Não menciono nomes, pois seria impossível citar todos eles.

Eu apenas digo só uma palavra que valoriza por tudo.

Obrigado a Todos Vocês  
pois todos são a mão de "Deus"

*afirma*

Este é o desespero real de alguém que acaba de passar por tudo que está escrito

*Je Jooz*

paciente nº 000000000000

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi refletir sobre o paciente grande queimado na situação-limite em que se encontra, e quais os recursos psicológicos presentes para que ele possa enfrentar, junto com as ações da equipe de saúde, o tratamento necessário. O adoecimento agudo põe este ser/paciente numa situação de (des)continuidade existencial. Desestabiliza-se emocionalmente, pela experiência vivida e pelo seu alto grau de morbidade. Precisa de força para suportar e enfrentar o tratamento e se (re)conhecer em seu sofrimento. Para compreender como essa experiência acontece e que sentido o paciente dá à situação, escolhi uma metodologia de cunho fenomenológico existencial e, através de entrevistas com os pacientes e com os profissionais da equipe, fui percorrendo o caminho que cunhei **vividação**, articulando-o ao que os estudiosos do “cuidado” podiam me dizer. Ouvindo as narrativas, pude concluir que, nessa experiência, a angústia revela-se, por um lado, pela incerteza e, por outro lado, pela certeza da finitude. Tanto no limite do paciente, quanto no cuidado da equipe hospitalar, ela é uma só. Ouvindo Frankl encontrei o sentido da **vividação** na coragem, na esperança e na solidariedade, enquanto que à luz de Heidegger, a angústia mobiliza o cuidar de si e o encontrar-se na solitudine, indicando que **vividação** é *ação vívida* e percorre a serenidade para manter-se corajosamente sendo.

**PALAVRAS-CHAVE:** grande queimado, clínica fenomenológica existencial, situação-limite, cuidado.

## ABSTRACT

The main goal of this research is to reflect on the severely-burned patient who is in a limit situation and who has been offered current psychological help, so that he/she is able to face the necessary treatment. This severe health situation leads the patient into a deep depression and consequently makes him/her feel that his/her life may come to an end some time in the near future. Therefore the severely-ill patients feel themselves depressed and helpless. Because they underwent very serious burns and due to their high level of morbidity they feel emotionally impaired. They need strength so that they are able to stand and face treatment. Moreover, they need to be conscious of their own deep suffering in order to face it with courage and in a positive way. The methodology chosen has a phenomenal and existential basis. Hence interviews were made with the patients and the medical staff as well so that one can understand how this tough experience happens and also what it means to the patient.

Based on the patients' report it was found that they feel anxious and anguished both for not knowing what is ahead for them, e. g. if they will get better and also because they are aware of death: they know they may die! The author decides to name "vividacção" that very situation which Frankl mentions when the patients make use of their own courage, hope and sympathy to overcome anxiety and suffering. Heidegger thinks that "anguish" and "anxiety" both force the patients to care for themselves, and turn them strong in their deep inner loneliness. This fact shows that "vividacção" is in fact "ação vivida", e. g. the patients themselves fighting to defeat all that anguish, anxiety and suffering.

**KEY WORDS:** severely-burned patient, limit situation, specific care, existential phenomenal clinic.



## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue reflexionar sobre los pacientes con grandes quemaduras en la situación límite en la que se encuentran y cuáles son los recursos psicológicos presentes con los que cuenta para que éstos puedan enfrentar junto a las acciones de los equipos de salud, el tratamiento necesario. La enfermedad en un estado agudo, coloca al paciente (ser) en una situación de interrupción existencial. Se descompensa emocionalmente, no sólo por la experiencia sino también por el alto grado de morbilidad. Precisa fuerza para poder soportar y enfrentar el tratamiento y –verse o reconocerse- en su sufrimiento. Para comprender como esta experiencia acontece y cuál es el sentido que el paciente le da a la situación elegimos una metodología de carácter fenomenológico existencial y, a través de entrevistas con los pacientes y con los profesionales que trabajan en el equipo médico, fuimos recorriendo el camino que llamé de “vividación” vinculándolo a lo que los expertos del “cuidado” podían decirme. Oyendo las narraciones, llegué a la conclusión de que en esta experiencia la angustia se revela por un lado debido a la inseguridad creada y por otro lado se ve la seguridad de saberse finito. Tanto en lo que tiene que ver con los límites del paciente como los cuidados que el equipo médico tiene son una misma cosa. Oyendo a Frankl encontramos el sentido de la “vividación” en el coraje, en la esperanza y en la solidaridad, mientras que desde el foco de Heidegger, la angustia mueve al paciente a querer cuidarse y “encontrarse” en la solicitud de ayuda ,indicando que “vividación” es la acción vivida y transita a través de la serenidad para mantenerse con coraje, siendo.

## SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO.....	1
II – REVISITANDO A QUESTÃO: MEDICINA, PSICOLOGIA E OUTROS PARADIGMAS PARA O CUIDADO.....	14
III – UM APROFUNDAMENTO DA QUESTÃO: CRISE E DOR NA HOSPITALIZAÇÃO E O GRANDE QUEIMADO .....	37
IV – EXPLORANDO UM CAMINHO PARA A COMPREENSÃO DA QUESTÃO: UMA METODOLOGIA “CLÍNICA” ATRAVÉS DA ANGÚSTIA E MORTE.....	67
V – OUVINDO CLINICAMENTE A DOR E A CRISE DO GRANDE QUEIMADO HOSPITALIZADO.....	83
VI – CUIDANDO DO SOFRIMENTO E DESAMPARO DO GRANDE QUEIMADO: UMA COMPREENSÃO POSSÍVEL.....	93
VII – ENCONTRANDO A TRAMA TRÁGICA DO GRANDE QUEIMADO: ANGÚSTIA, CUIDADO E FINITUDE.....	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	138
ANEXOS .....	143

## **I – INTRODUÇÃO**

Atuando como psicoterapeuta há mais de duas décadas, dediquei-me nos últimos anos ao campo hospitalar. Esse contexto tornou-se, para mim, fonte significativa de observação dos fenômenos clínicos, revelados na rotina das enfermarias. Da prática clínica psicológica vieram as inquietações pessoais no que diz respeito ao modo de viver do ser humano, numa situação de ruptura da experiência cotidiana existencial, pelo contato ameaçador e sofredor com as questões de vida/morte, ocasionadas pelo trauma e pela hospitalização.

Meu despertar para a Psicologia Clínica passou pelo desejo de ajudar, de compreender o que se passa com as pessoas na sua existência. Reportando-me à minha infância, recordo que o meu viver foi sempre reflexivo, de observar o mundo, a natureza, as cores, o movimento das folhas das árvores, os troncos, as formigas, as lagartas e borboletas, as ondas do mar... De querer compreender o mundo, o movimento da Terra, as nuvens... Compreender o sentido da vida, o nascimento, a morte. Como seria morrer? Outra coisa marcante foi o interesse pelo desenho, sempre desenhava pessoas e natureza. Havia também o desejo de ver as pessoas bem e felizes!...

Mais tarde pensei em cursar Arquitetura; depois, resolvi fazer o curso de Psicologia. No decorrer desse curso, voltou aquele interesse vivenciado na infância: a observação, o desejo de ajudar e compreender as pessoas. Andando nas ruas, chama-me a atenção, inquieta-me a situação de excluídos, revelada pelos meninos de rua e pelos mendigos. Sinto vontade de parar e perguntar o que se passa com eles, como estão largados à miséria!... Miséria humana, como se não fossem ninguém... São desamparados em todos os sentidos, e isso me faz sentir impotente. Nos diversos momentos em que os encontro, percebo-me refletindo sobre suas condições peculiares de ser no mundo...

Na prática clínica, identifiquei-me, como psicoterapeuta, com a abordagem fenomenológica existencial; trabalhando com adultos, via-me feliz. Ficava muito impressionada com o sofrimento humano revelado na história das pessoas; não imaginava que houvesse histórias tão *pesadas*. Saía do consultório pensando... estava conseguindo ajudar?... Fiz correto?... Percebo que no ser humano existe a capacidade de crescer e de se reerguer das maiores dificuldades, e que o psicoterapeuta, enquanto presença, pode ser *facilitador* do seu processo de crescimento.

Nesse momento, sou tomada por um pensamento: *acolher* era o que eu queria fazer quando me aproximava dos mendigos, dos meninos de rua, antecipando meu exercício profissional. Na minha prática, o que se passa com o paciente me faz acreditar que ele precisa *ser ouvido* em suas dificuldades. Nessa atenção, passei a me exercitar cada vez mais na atitude de acolher. Entendo que assim, cada paciente entrega-se melhor às próprias reflexões, aos seus sentimentos e a compreensão destes, voltando-se para ele mesmo e para o que se passa no momento, como se fizesse um movimento de olhar para dentro de si...

Na Psicologia Clínica, ser psicoterapeuta trouxe-me muita realização. Então a Psicologia Hospitalar estava surgindo como um novo campo de atuação para as práticas clínicas psicológicas, viabilizando assim a possibilidade de um trabalho interdisciplinar de ações em saúde.

O âmbito hospitalar, inicialmente, não me atraiu... não conhecia bem a forma de atuação nessa área, talvez porque não me visse trabalhando num hospital. Hoje sei que, naquele momento, a morte, como acontecimento da vida, ainda não era bem compreendida por mim. Nessa época, procurou-me, no consultório, uma cliente, cujo marido estava com câncer em fase terminal; do diagnóstico à morte, foram passados três ou quatro meses. Tal fato levou-me a repensar a possibilidade de atuar em Psicologia Hospitalar; via que, mesmo no consultório, viriam casos assim...ou seja, as situações de adoecimento e de morte não

estariam restritas ao hospital, mas presentes como acontecimento da vida. Assim, resolvi fazer o Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar e Domiciliar. *E aí a grande paixão!*

Durante o curso, estudando Tanatologia, aprofundei-me nas questões existenciais, compreendendo a morte como experiência final da existência humana. Foi um tema novo em minha vida profissional, embora na pessoal já tivesse perdido alguns parentes mais velhos. No consultório, atendi meu primeiro paciente terminal que era portador do vírus da AIDS, num momento em que pouco se sabia sobre a doença. Acompanhei do diagnóstico à sua morte. Esse foi um caso clínico muito importante para mim, inesquecível, marcante no meu crescimento pessoal e profissional. Minha supervisora foi muito significativa na condução da compreensão do caso, bem como no acolhimento da minha dor em relação ao mesmo.

Lembrando resumidamente... Foi um paciente HIV positivo, 23 anos, solteiro. Morava com os pais, não exercendo, naquele momento, nenhuma atividade profissional. Iniciamos com duas sessões semanais e com o agravamento do quadro, sessões domiciliares diárias, oito meses de acompanhamento psicológico. Foram realizados ainda atendimentos familiares paralelos.

Em nosso primeiro encontro, Antonio<sup>1</sup> mostrou-se reservado, introvertido e cuidadoso com o que dizia. Nas sessões seguintes, já se mostrava mais espontâneo na expressão dos seus sentimentos. Revelava raiva, medo, culpa “por não ter tido mais cuidado”. Dizia ele: “tenho a doença do século: AIDS”. Referia-se aos preconceitos, sua hospitalização por uma pneumonia, quando recebeu o diagnóstico, fazia observações sobre a equipe médica...

Durante os atendimentos, do mesmo modo que falava abertamente sobre sua doença, em outras sessões duvidava, negava. Muitas vezes chorava, às vezes conseguia sorrir;

---

<sup>1</sup> os nomes e dados dos pacientes apresentados nesse trabalho serão fictícios para preservação do sigilo.

apresentava-se extremamente confuso com tudo o que estava lhe acontecendo: os sintomas, vômitos, diarreia, os remédios, as limitações... “Não vou me entregar! Vou lutar até o “fim”! Procurava resgatar o passado, as coisas que não teve coragem de enfrentar. “Covardia de antes, coragem de hoje...” Antonio expressa coragem, enfrenta todos os desafios. Parece que é a sua última oportunidade, fico extremamente envolvida com o caso, emocionada... Foram atendimentos muito sintonizados, senti-me realmente inteira como presença nesse processo.

Durante as sessões, Antonio estava sempre voltado para sua situação de aflição, falava sobre a solidão, o sofrimento e a morte. “Cada dia me sinto mais fraco, mais magro... só os ossos”, o corpo, o espelho, as relações familiares, enfim toda sua experiência de adoecimento. Escreveu um diário, o objetivo era deixar registrado o que sentia e tudo o que experienciou; “Alguém vai ler no futuro. Tudo o que só falo aqui, eles vão ler depois...” Lentamente vai agravando. Nossos atendimentos podiam ser breves ou demorados, conforme sua condição no momento; no entanto, riquíssimos em reflexões, na compreensão do que um ser humano pode suportar, como pode morrer com dignidade, sabendo que chegou a hora, porque não tem mais força para lutar... Um corpo frágil, um espírito forte, muita sensibilidade e, nos últimos momentos, paz... Gostaria de deixar nesse trabalho, o meu respeito por alguém que tanto me ensinou.

Antes de concluir a especialização, em 1988, comecei a trabalhar no Hospital da Restauração. Trata-se de um hospital geral, vocacionado para procedimentos de grande emergência, o maior da rede pública de saúde e de referência em trauma no Estado de Pernambuco. Estava sendo então implantado o Serviço de Psicologia. Um ano depois, a Secretaria de Saúde do Estado realizou o primeiro concurso público para psicólogos. Ali trabalhei, inicialmente, em Neurologia, Neurocirurgia e Clínica Cirúrgica.

CHOQUE!...Novamente a miséria humana!... Entrei em contato com o que até então só via nas páginas policiais dos jornais (que raramente leio). Marginais, prostitutas agredidas

e violentadas, tiros, facadas, mergulho em águas rasas, trazendo seqüelas graves, *um horror!*... O homem na sua condição de total fragilidade, o medo nos olhos de cada paciente, o desamparo, a dor, muita dor!, dor real, a doença, o limite entre a vida e a morte. Olhando em outra dimensão, um lugar onde se exerce o cuidado, a possibilidade de acolher e favorecer, nessas pessoas, a potencialização de seus recursos para lutar e se recuperar. No hospital, fica mais evidente o que encontramos no cotidiano: pessoas angustiadas, que sofrem, mas que lutam muito, não se entregam, não desistem! Encontramos, também, pessoas que não conseguem lutar e “escolhem” a morte... Refiro-me às tentativas de suicídio... Força e fragilidade, vida e morte.

Aprovada, no concurso, optei por continuar no Hospital da Restauração, sendo designada para trabalhar no Centro de Tratamento de Queimados o – C.T.Q. –, lugar que poucos suportam. Quem trabalha com queimados assiste, talvez, ao extremo sofrimento trazido pela dor física. Compartilha com o paciente o sofrimento físico e psíquico. A queimadura, conforme a gravidade, destrói partes do corpo, a pele, os músculos, tendões, ossos, provoca deformidades e até mutilações. Além disso, a infecção, o odor, o debridamento das lesões<sup>2</sup> e as enxertias cutâneas<sup>3</sup>, requisitam por demais a tolerância do paciente frente a essa experiência... o grande número de óbitos. Os curativos biológicos<sup>4</sup> são utilizados como solução temporária nos casos mais graves. São feitos com pele de rã ou com transplante de pele humana, retirada de cadáveres. A pele transplantada serve como proteção, aliviando a dor, a perda de líquidos, acelerando o tratamento e viabilizando, a posteriori, os enxertos com a própria pele do paciente. No pós-cirúrgico, muitas vezes, verifica-se a perda como processo de rejeição da pele enxertada ao que os cirurgiões atribuem o estado emocional do paciente,

---

<sup>2</sup> Procedimento cirúrgico diário ou em dias alternados, realizados sob analgesia e sedação, durante a balneoterapia, para retirada do tecido desvitalizado.

<sup>3</sup> Transferência de pele de uma região doadora, do mesmo paciente, para uma área receptora danificada pela queimadura.

<sup>4</sup> Um curativo realizado com material com características semelhantes à pele humana.

como um dos fatores que interfere na integração da *pega total* da enxertia<sup>5</sup>. Nesse momento, intensifica-se a solicitação da intervenção psicológica e/ou psiquiátrica no processo terapêutico que, em nossa linguagem diária, refere-se a *problemas no 5º andar*, (como uma alusão ao estado emocional do paciente), ou seja, a equipe percebe o comprometimento psíquico, considerando que o mesmo pode interferir na recuperação do paciente queimado, hospitalizado.

Na assistência psicológica a esses pacientes, tenho a impressão de que o desamparo revela-se entre outros, como um dos pontos-limite em que o paciente pode ou não ir a óbito. O paciente grande queimado<sup>6</sup> precisa de força para suportar o sofrimento, para olhar seu corpo ferido, desfigurado. Em tal estado, encontra-se duplamente desamparado, excluído e sem pele, sua dor, só ele sabe... agoniza em sua fragilidade. Esse tipo de paciente está propenso à infecção<sup>7</sup> e sepse (ou quadro séptico)<sup>8</sup>, porque, sem pele, ele não se defende, corre risco de vida. Pede ajuda e ao mesmo tempo parece entregar-se à morte! Revela que não suporta... Qualquer mobilização é extremamente dolorosa. Impressiona que, nos primeiros dias, ele não imagina o que vai acontecer no percurso terapêutico, o que precisará enfrentar do trauma à reabilitação... *Como o sujeito/vida encontra-se nesse movimento de quase morte? O que levaria o paciente a retomar a vida no quase morte?*

Trabalhando no C.T.Q., tenho contato direto com a fragilidade humana no sentido mais concreto, em que dor e morte são percebidas como ameaça constante. *A minha atitude clínica, enquanto presença que acolhe, favoreceria no paciente o movimento para a vida, que poderia estar bloqueado pelo medo e pela própria condição orgânica? No que consistiria a ajuda psicológica na assistência ao paciente portador de grandes queimaduras?*

---

<sup>5</sup> Quando a pele recém-colocada sobre a área danificada pela queimadura consegue vitalidade.

<sup>6</sup> Paciente de trauma de alta complexidade.

<sup>7</sup> Uma lesão que está contaminada e já atingiu índice alto de colônias de bactérias.

<sup>8</sup> Quando a infecção sai de um ponto localizado e se generaliza por todo o corpo, numa conjunção de fatores que leva o paciente a uma desorganização ou falência total de múltiplos órgãos.



Tenho presente uma emoção ao falar desse lugar onde estou diariamente. Está difícil escrever sobre o meu sentimento, parece que até agora estava descrevendo sobre o Hospital e agora tomo consciência da minha relação com os pacientes, da enfermaria, do quadro, dos curativos, das cenas de horror, do desespero, da angústia de cada um deles. Sinto o coração disparar... *Que força é essa? Que força motiva a nossa equipe no atendimento a esses pacientes? O que se passa com os que se dedicam a uma atividade de assistência a pessoas tão graves, tão feridas e sofredas?*

Alguns pacientes são surpreendentes, desafiam a própria Medicina; por outro lado, a equipe não desiste, assume o comando das ações. Por trás da suposta segurança da equipe, há uma inquietação, um clima de tensão e angústia. Um medo que ronda, na expectativa do que virá, de como o paciente irá reagir ao tratamento. Os primeiros oito ou dez dias do pós-trauma são decisivos para determinadas intervenções médicas. É necessário o controle das alterações funcionais orgânicas; suporte ventilatório<sup>9</sup>, hemodinâmico<sup>10</sup> e renal<sup>11</sup>.

Outra medida é oferecer um suporte nutricional para melhorar a função imunológica, reduzida pelo trauma, evitando sepse. O paciente entrega-se aos cuidados, deposita em cada um de nós a possibilidade de sua recuperação... No entanto, percebo que cada profissional devolve-lhe a possibilidade dele próprio reconstruir sua pele através do desejo de sobreviver, da força vital que o impulsiona para tolerar e submeter-se a um sofrer quase insuportável, inerente ao tratamento para a cura. Nesse momento, é difícil a sua compreensão das necessidades do tratamento; muitas vezes, durante o percurso, eles querem abandonar tudo... pedem para morrer! E nesse movimento, o paciente, na sua gravidade, chega muitas vezes a

---

<sup>9</sup> Quando o paciente baixa seus níveis de oxigenação sanguínea e precisa de complementação externa, que pode ser feito por macro-nebulização ou, em casos mais graves, por um tubo endo-traqueal acoplado a um ventilador mecânico com maior oferta de oxigênio, mantendo os níveis de saturação adequados ao paciente.

<sup>10</sup> Todas as medidas necessárias para a manutenção do equilíbrio do volume circulante, de forma que se mantenha uma pressão estável e um fluxo urinário equilibrado.

<sup>11</sup> São medidas adotadas para que o volume circulante mantenha o rim em perfeitas condições de filtração, associadas a medidas de combate a processos ligados a complicações renais.

um *fiozinho* de vida e a um quase *mergulho* na morte... *Em seu desamparo, no contato com o corpo ferido e desfigurado, o que poderia levá-lo ao movimento para a vida?*

A condição de queimado requer força diante da fragilidade em que se encontra. Por que uns superam e outros não?... Sofro com a fragilidade humana! O que no fazer psicológico ajudaria o paciente a restaurar a sua pele, possibilitando o sobreviver e a retomada à vida? Quero que o outro viva! Penso que estou a serviço da vida, mas o paciente é dono de sua própria vida, e a força que o impulsiona para a recuperação muitas vezes está adormecida... ou esquecida diante do desamparo e do sofrimento.

Gostaria de fazer um breve relato sobre um dos casos atendidos no C.T.Q., um daqueles que surpreende e estimula a continuar acreditando... Paciente Cristina, 74 anos, viúva e aposentada. No dia 24/8, sofreu queimadura acidental doméstica com líquido inflamável. Área corpórea: 25% , queimaduras do I , II e III graus, circular em membros inferiores e membro superior direito, face, tórax, abdome e costas. A paciente é hipertensa e diabética. Evoluía dentro do esperado para seu quadro e, no décimo dia de tratamento, já se encontrava muito grave, chegando à gravíssima no dia 3/9 (14 dias). Evolui no sentido da melhora até o dia 10/9 (21dias), quando foi programada enxertia para o dia 12/9 (23 dias). Cristina era uma pessoa tranqüila. Em nenhum momento demonstrou desespero, submetendo-se ao tratamento com o sofrimento inerente à patologia. Sua capacidade de enfrentamento e de aceitação da situação muito contribuiu para sua recuperação. Não expressava “agonia” ou rancor, era uma pessoa muito *leve*... No segundo dia do pós-cirúrgico, mostrou-se calma e confiante. Afirmou que sua recuperação se deu pelo cuidado que todos tiveram com ela. Referiu ainda que tem fé em Deus e que pediu que “*se fosse à minha hora que me levasse em paz*”. Falando sobre si, diz que gosta muito de cuidar da sua casa e que se sente bem com as pessoas. Realmente, por ser sozinha, foi acompanhada por antigas amigas, revelando ser bastante “acolhida”. Demonstra ser alguém que cuida de si, com um modo de *vividaçõ*

exitoso. Diz que não consegue lembrar muita coisa que passou aqui quando estava grave, só depois de determinado momento. Observo que a equipe é afetada pelo “investimento”, jeito de ser da paciente; Cristina passou a ser muito “querida” por todos, como se a equipe se identificasse com quem deseja viver e lutar junto conosco pela vida!

Há ainda, uma outra questão que gostaria de pôr em relevo: o meu contato com os pacientes suicidas, o contraste entre a força e a fragilidade. No C.T.Q., o percentual de pacientes que tentam suicídio é muito alto e, muitos deles, exitosos. Percebemos que a área corporal afetada, a extensão e a profundidade das lesões não levariam a um prognóstico tão sombrio, não fosse a dificuldade do próprio paciente que se entrega à morte. Eles chegam ali arrastando histórias de desamparo, solidão, desamor, tristeza profunda e cansaço. Falam de desespero, desesperança e falta de sentido para a vida... Em sua apatia, quando se recuperam, expressam sua fragilidade na forma como reagem ao tratamento, pelo prolongado período de hospitalização, pela dificuldade de interagir com a equipe, de cicatrizar suas próprias feridas, de reconstruir sua pele... Nesses pacientes, já é quase previsível a inércia, a falta do desejo de lutar pela vida. Muitas vezes, diante deles, também desanimo, porque meu investimento parece não ter *eco*...

Um paciente falou-me certa vez : “estou aqui vivo, mas por dentro já morri”... a falta de possibilidade de investir em projetos de vida, os impede de lutar? Como potencializar o ser humano no sentido de levá-lo a abrir espaço à vida? Eles precisam de uma força externa para somar-se a sua própria força nesse momento ameaçada. Com esses pacientes minha tarefa seria a de facilitar o contato com sua própria força de vida?

Estar ali me faz bem, trabalho feliz... Aprendi muito com eles... Gosto do trabalho que desenvolvo e ao qual me dedico! No entanto, quando estou sofrendo com algum problema, sentindo-me frágil, afasto-me. Não consigo então suportar o sofrimento deles; fragilizada, não consigo emprestar-me como presença na relação de ajuda. Diferente do que

sinto no consultório, porque lá eles sofrem, mas não estão morrendo... falo da morte como possibilidade última... o deixar de ser. Percebo que o meu movimento é de arrastá-los para a vida. Fico feliz quando eles se recuperam, quando se entregam ao tratamento, quando lutam e conseguem se reerguer, levando-me a pensar que o ser humano, ao se reconhecer em sua força, entra em contato com o desafio da vida, podendo ser capaz de sobreviver às maiores *dores*.

Restaurar a pele é ganhar proteção para o corpo. No desamparo sem pele, percebemos a dificuldade do paciente grande queimado em cicatrizar sua pele ferida. Buscando compreender o sentido do acolhimento durante a fase crítica, penso numa metáfora para encaminhar esse questionamento: *o psicólogo como presença no sofrimento, por fazer parte da equipe, poderia emprestar-se, como pele, tal como aquela transplantada, que favorece a sua recuperação?*

Desse modo, com esta pesquisa procuro compreender o sofrimento do paciente grande queimado, que encontra-se no limite entre o viver e o morrer, e como ele enfrenta o trauma e o seu tratamento até a recuperação. No entanto, no Hospital é necessário conhecer a disponibilidade do paciente para a atenção psicológica. *Será que essa disponibilidade interfere? Quais os fatores emocionais que entram em cena para favorecer a superação da crise e a recuperação da saúde?*

Sabemos que apesar da demanda ser médica, o contato com uma situação ameaçadora, de risco iminente de morte, remete o paciente à sua condição de fragilidade. Estão presentes, nesse momento: a dor, o sofrimento, a solidão, sua relação com o tempo, com a família, a finitude. Essas questões o confrontam com estímulos próprios da situação, com sua capacidade de enfrentamento e com afetos enfraquecedores concernentes à doença ou potencialmente fortalecedores que indicam a possibilidade de recuperar a saúde. Desse modo, *o fazer clínico, no âmbito da atenção psicológica hospitalar, poderia despertar algo produtor*

*de sentido, que contribui para o enfrentamento e a superação da condição de grande queimado, através da cicatrização de sua pele?*

O percurso do tratamento do paciente queimado é sempre acompanhado de uma atenção psicológica, objetivando restaurar a ordem rompida pela situação de crise, favorecendo a potencialização de recursos normalizadores e reintegrativos da experiência, capazes de reduzir os efeitos do estresse causado pelo trauma da queimadura e pelas rupturas próprias da hospitalização. Isto poderia favorecer a compreensão das necessidades do tratamento, facilitando uma melhor adaptação e enfrentamento da situação, tanto do paciente, como dos seus familiares e junto à equipe de saúde como forma de se estabelecer um melhor entendimento do aspecto emocional desses pacientes.

Na atenção à saúde e no atendimento psicológico, buscamos restaurar o equilíbrio emocional, a unidade do sujeito, bem como enfatizar a responsabilidade como foco do tratamento e que favorece a sua recuperação. O paciente sempre toma conhecimento, através da equipe médica, de seu estado, das prováveis complicações, dos procedimentos necessários, ficando o mesmo situado em relação ao modo e ao percurso do seu tratamento. Isso é fundamental e altamente terapêutico, visto que se estabelecem vínculos de confiança, estimulando mecanismos de auto-ajuda. A cura poderá acontecer pelo sistema corpo/mente, os quais se influenciam mutuamente, sendo a equipe de saúde “co-adjuvante” desse processo, no sentido de reduzir o estresse excessivo. É utilizado o saber médico e interdisciplinar, intensa e adequadamente, sem medir esforços no sentido de favorecer o lado orgânico/psíquico, encorajando o paciente em direção à auto-confiança, numa atitude mental positiva, abrindo possibilidades à recuperação.

Partindo dessa experiência e seus questionamentos, esta pesquisa representa um esforço no sentido de tentar compreender o sofrimento e os recursos psicológicos presentes na situação de ser grande queimado, visto que, pelo comprometimento e complexidade da

patologia e na sua experiência de ameaça e de aflição, há um ponto “limite” em que o paciente pode ou não ir a óbito, o limite entre o viver e o morrer em que ele se encontra. Em sua experiência, no enfrentamento da situação de adoecimento súbito, a superação é expressa pela cicatrização da pele e por uma disponibilidade para a recuperação do trauma físico. Assim, procuro compreender na experiência do tipo de paciente que está no limite entre o viver e o morrer, como ele enfrenta o tratamento e como acontece sua recuperação.

Pretendo, neste trabalho, construir minha linha de pensamento em sete capítulos: no primeiro, apresento a minha questão, que revela inquietações e questionamentos acerca da existência e do sofrimento humano. Sigo “Revisitando a questão: Medicina e Psicologia e outros paradigmas para o cuidado” e procuro, nesses campos do saber, uma nova visão de homem; um resgate histórico do pensamento humano até a contemporaneidade, aproximando polaridades como corpo/mente, saúde/doença. Desenvolvo, ainda, neste segundo capítulo, o processo de mudança de paradigmas da Psicologia Clínica, quando flexibilizou para uma atuação interdisciplinar, na instituição hospitalar, através da atenção psicológica ao paciente, bem como em relação à Medicina, que lança um novo olhar para o adoecer e a situação de hospitalização, aproximando a patologia do ser que adocece. No terceiro capítulo “Um aprofundamento da questão: crise e dor na hospitalização e o grande queimado”, procuro situar a Psicologia Hospitalar e o trabalho da equipe que cuida, caracterizando a dor do grande queimado como um momento de crise aguda extremamente complexa. O quarto capítulo “Explorando um caminho para a compreensão da questão: uma metodologia clínica através da angústia e morte”, abordo o assunto sob o ponto de vista histórico e existencial, numa tentativa de compreender o ser-no-mundo, tomando por base, uma aproximação com o pensamento do filósofo Martin Heidegger e do “otimismo trágico” de Viktor Frankl, que, nas situações-limite, transforma sofrimento e dor em esperança e responsabilidade. Nesse percurso, chego ao quinto capítulo “Ouvindo clinicamente a dor e a crise do grande queimado

hospitalizado”. Através da metodologia escolhida e da prática clínica como específica do cuidado, buscarei, aqui, uma compreensão do sentido atribuído pelos pacientes e a percepção dos profissionais de saúde que cuidam, sobre a doença, a aflição e a dor na situação-limite do paciente grande queimado, respaldada no método fenomenológico. No sexto capítulo “Cuidando do sofrimento e desamparo do grande queimado: uma compreensão possível”, trabalho numa posição reflexiva do que me contam os pacientes e do que pensam os profissionais da equipe, articulando o que eles me revelam em suas narrativas, com o Humanismo Existencialista de Viktor Frankl. Finalmente. Chego ao sétimo capítulo “Encontrando a trama trágica do grande queimado: cuidado, angústia e finitude.”, no qual procuro compreender o que foi dito, à luz do pensamento filosófico de Martin Heidegger e como acontece a experiência de aflição e a superação da situação-limite, que se revela através da **vividação** na pele restaurada.

## II – REVISITANDO A QUESTÃO: MEDICINA, PSICOLOGIA E OUTROS PARADIGMAS PARA O CUIDADO.

Procurando compreender como aconteceu o percurso da Medicina e da Psicologia até o momento atual, fui buscar, nas raízes do pensamento filosófico e em seus principais representantes, o *fio da meada* das influências sofridas nesses campos do saber. O interesse pela articulação entre tais campos decorre da minha experiência de psicóloga trabalhando em hospital. Nesse contexto, apresentou-se não somente a complexidade humana, mas a minha sede de saber o que acontece com o paciente na situação de ser grande queimado, e como a minha prática está articulada à Medicina.

Partindo das questões acima, do sentido de saúde na atualidade, vê-se que o bem-estar se apresenta como decorrente do homem no mundo entre coisas e outros homens, ou seja, uma possibilidade para o contato com o mundo; enfim, uma visão do humano na perspectiva da sua condição de humanidade. Mas, como se chegou a esses outros paradigmas?

Buscar essa articulação entre a prática psicológica e a Medicina, levou-me então a um resgate histórico do pensamento humano acerca da compreensão de sua humanidade. Afinal, a questão da relação entre corpo e mente, constituintes do homem, desde sempre se apresentou como uma problematização. Nesse sentido, podemos aproximar a Medicina e a Psicologia pelas polaridades: saúde-doença, mental-orgânico, sensível-cognitivo.

Segundo Magee (1999), na história da humanidade, a procura do conhecimento sobre os fenômenos da existência humana sofreu desdobramentos e transformou-se pelos diferentes períodos e civilizações. A Filosofia, enquanto expressão dessa busca, preocupou-se com questionamentos sobre *a natureza da percepção, da experiência e do entendimento humano*, questões implicadas, em todos os campos do saber, através de seus conceitos, princípios e métodos de investigação. Assim, o ramo da Filosofia que se preocupa com a natureza da existência é a Ontologia, enquanto que a Epistemologia trata da natureza do conhecimento.



Ambos, ao longo dos séculos, marcam a História da Filosofia e da Ciência da qual derivam, decorrentes da busca da compreensão do mundo pela razão, empreendida pelo homem desde a antiguidade grega clássica.

Para definir Filosofia, procuro a etimologia dessa palavra, grega em sua origem. Segundo Chauí (1994), é uma palavra composta de duas outras: *philo*, que vem de *philia* e quer dizer amizade, amor, fraternidade; e *sophia* que significa sabedoria, e daí *sophos*, que é sábio. Como define essa autora, *Filosofia significa amizade pela sabedoria, amor e respeito pelo saber.*

Desde a Antiguidade, que os diferentes povos, em suas culturas específicas, como os gregos, os persas, os árabes, os chineses, os índios, mostraram seus diferentes saberes e, expressando sabedoria, empreenderam conhecimentos sobre o ser humano e a existência. No entanto, o modo de pensar e de viver ocidental foi marcado principalmente pela influência da cultura grega, tendo ela conservado as mesmas bases e princípios fundamentais de pensamento para produção do conhecimento.

Na Grécia antiga, encontramos o pensamento mítico-poético, baseado na crença da influência de forças divinas sobre a vida cotidiana dos homens. Nessa perspectiva, o mito servia como uma explicação lógica para as interrogações e inquietações dos homens na busca do sentido para os fenômenos manifestados no cotidiano. Diz respeito a uma narrativa contada por um poeta, considerado um escolhido dos deuses, tratando-se, portanto, de uma revelação divina.

Homero, 907 a .C., foi um desses poetas da existência, expressando-a pela força das paixões, da lealdade, da traição, do amor nas relações humanas comandadas pelos deuses do Olimpo. Outro representante do pensar mítico grego do fim do séc. VII a .C. , foi Hesíodo, poeta que discorria sobre uma visão possível para o momento da criação do universo, dando-lhe sentido através da genealogia dos deuses do Olimpo e da função do trabalho no cotidiano

dos mortais. “Teogonia” foi sua primeira produção, seguida por “Trabalho e Dias”, obra na qual o mito de Prometeu e Pandorra explica a origem do mal, da fadiga e das doenças. Pandorra é, no mito de Hesíodo, a primeira mulher modelada em argila, semelhante às deusas e criada por Zeus para castigo aos homens, porque Prometeu tentou enganá-lo em benefício dos mortais. O mito conta que os homens viviam tranquilos, sem cansaço e doenças, até que Pandorra, por curiosidade, abriu a tampa de uma jarra que trouxera do Olimpo, presenteada por Zeus, repleta com malignidades e dons, deixando-as escapar por toda a Terra. Só a esperança permaneceu presa nas bordas da jarra, pois Pandorra recolocou-lhe rapidamente a tampa. Assim, os homens, que até então viviam de forma paradisíaca, passaram a viver no sofrimento, com muitas dificuldades e doenças para o corpo, além de males para o espírito, permanecendo apenas a esperança como possibilidade de mudança. Desse modo, sejam quais forem os males que aflijam os homens, a esperança está sempre reservada para ele, como força para continuar lutando.

Buscando, ainda, uma outra compreensão do pensamento na tradição, no período pré-helênico, para as aflições humanas, encontram-se a doença e a cura como fenômenos sob desígnios espirituais ou de deidades. A deusa Hygieia tinha o poder da cura, sendo representada pelo *simbolismo da serpente* e o *visco como sua panacéia*. Diante das mudanças do sistema sócio-político da Grécia antiga, a deusa Hygieia (de onde provém higiene ou saúde) passou a ser filha de Asclépio, o deus da cura. Na mitologia, Asclépio está relacionado ao visco e às serpentes enroladas numa vara (vara de Asclépio); é o símbolo da Medicina até hoje. Por isso, os médicos gregos passaram a ser denominados como os asclepiadas (filhos de Asclépio), entre os quais destaca-se Hipócrates, maior representante da medicina grega. Na medicina hipocrática, segundo Capra (1995 – p.304):

*“(...) as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, são fenômenos naturais que podem ser cientificamente estudados e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela judiciosa conduta da vida de cada indivíduo.”*

Esse autor afirma que os princípios da medicina hipocrática serviram também de modelo para a medicina chinesa clássica, com suas concepções a respeito da troca entre organismo e ambiente.

Em seus escritos, como no *Corpus Hipocraticum*, Hipócrates preocupou-se com o bem-estar do indivíduo e com os fatores ambientais interferentes no aparecimento das doenças. Para ele, a saúde depende de um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e outros componentes da natureza humana – *Pathós* -, ou seja, humores e paixões que devem estar em equilíbrio. Fala, portanto, já nessa época (400 a .C.), da articulação entre mente e corpo, indicando contribuições em relação à saúde mental. No que se refere à cura, afirmou que existiam forças curativas próprias dos organismos vivos, dizendo tratar-se de *poder curativo da natureza*. Atribui ao médico a tarefa de ajudar essas forças oferecendo condições favoráveis à cura.

Ainda na Antiguidade, outro nome na Medicina foi Galeno (130 – 200), que dedicou estudos à anatomia do sistema nervoso, classificando as doenças entre causas físicas e mentais. Nos séc. VII e VI a. C., houve muitas mudanças sociais e políticas na história da humanidade, afastando gradativamente o pensamento mítico, para dar espaço a um pensamento mais teórico e racional, marcando o nascimento da Filosofia. Isto deveu-se à necessidade do ser humano de recorrer a outras formas de conhecimento e explicações a partir da observação, inaugurando assim o pensamento filosófico e científico.

Assim, no período chamado pré-socrático, na Grécia, ocorre o desenvolvimento da racionalidade do homem. Os principais filósofos desse período, entre outros, foram: Thales, Pitágoras, Parmênides e Heráclito. Preocuparam-se com a natureza, tentando encontrar o elemento básico – *physis* – que quer dizer físico, ou seja, diz respeito à espécie de vigor, através do qual tudo acontece e está em constante mobilidade. Desse modo, cada filósofo

partia de elementos como a água, a terra, o ar e o fogo, numa tentativa de compreender a origem das coisas.

O século de ouro da Filosofia está em Sócrates, Platão e Aristóteles, quando a reflexão, a compreensão e o estudo do homem passam a ser objeto desses pensadores. Sócrates coloca o homem como centro, marca esse período com sua preocupação com a *veracidade dos fatos* e a *consciência da ignorância*, colocando em questão a *idéia das certezas*.

Surge Platão, discípulo de Sócrates, dizendo que não basta a verdade e que o verdadeiro conhecimento está fundamentado nas idéias. Esse filósofo traz um pensamento dualista. Dividiu a realidade em dois mundos: o mundo das idéias, que era superior e perfeito, e o outro mundo que é do sensível, das coisas transitórias e efêmeras. Assim, o mundo verdadeiro é o mundo do conceito.

Aristóteles (384 a. C. a 322 a. C.) marcou a história quando afirmou que não existiam dois mundos separados, como acreditava Platão, e que, na realidade, cada ente contém em si mesmo as duas coisas (razão e subjetividade). Segundo Carpigiani (2000 – p.21), “*se Sócrates deu ao homem a Filosofia, Aristóteles deu a ele a Ciência.*”

Recorrendo mais uma vez à etimologia das palavras, procuro o significado de *Episteme* que em grego refere-se à ciência, e cada campo do conhecimento é ciência. “Aristóteles foi o criador da lógica como o instrumento do saber em qualquer campo do conhecimento,” conforme destaca Chauí (op.cit. p.41). Segundo a autora, a classificação dos campos do conhecimento filosófico aristotélico é, de forma resumida, a Metafísica e a Teologia e, a partir daí, derivam os outros conhecimentos:

- as ciências produtivas, que estudam as práticas produtivas ou técnicas, entre outras, a Medicina, que busca como resultado a saúde ou a cura.

- as ciências práticas, que estudam as práticas humanas e têm nelas mesmas seu próprio fim, como a Ética e a Política.
- as ciências teoréticas, contemplativas ou teóricas, que são as que estudam as coisas que existem independente do homem, como as coisas da natureza e as divinas. Nessa classificação está a Psicologia, vista então como estudo da alma.

Desse modo, a obra de Aristóteles marcou o mundo da Ciência, por ter esse pensador se dedicado a uma grande variedade de temas de grande importância científica até hoje. Fez investigações no campo da Ética, da Política, Física, Economia, Psicologia e da Lógica entre outros. Segundo Magee (op.cit. p.32), Aristóteles foi “*o homem que mapeou a Ciência e formulou a Lógica*” por dois mil anos. Estudar Lógica nos remete à lógica aristotélica, sem contar que até hoje temos influência do seu pensamento nos diversos campos do saber.

Caminhando na História da Filosofia, chega-se à Idade Média com o cristianismo sendo a verdade inquestionável, apoiada em dogmas, dos quais a alma como possibilidade de vida eterna. Pela influência da Igreja, o pensamento até então desenvolvido se dispersa, dando lugar à fé e ao poder de Deus. Assim, as contribuições de Galeno e Hipócrates são postas de lado, limitando a busca do conhecimento do homem.

Muitos nomes marcam o pensamento religioso, no qual a razão era considerada um dom de Deus. Seu representante maior, Santo Agostinho (354–430) e a seguir a filosofia medieval com São Tomás de Aquino que retoma o pensamento aristotélico, moldando-o ao cristão, no qual a fé é sustentada pelo poder de Deus.

No final da Idade Média, com o Renascimento, faz-se uma releitura da filosofia greco-romana. Há uma intensificação da expressão do humano pelas artes, literatura, ciências e pelo conhecimento de forma mais ampla. A ciência moderna destaca, entre outros, grandes nomes como Copérnico, Newton e Bacon, e evolui para os grandes racionalistas, um deles, Descartes. Esse pensador, um dos mais eminentes da época, marcou a história com o

pensamento cartesiano, na sua busca da certeza absoluta como base de todo conhecimento, deixando de lado o que não se explica. Afasta a questão da experiência sensível, sendo o conhecimento verdadeiro o adquirido pela razão (*cogito*). Apresenta o paradigma do dualismo, da dicotomia corpo/mente, visto que esta última anteriormente era compreendida como alma. Segundo Carpigiani (op.cit.), Descartes afirmava que podia ser “*possível duvidar do corpo e do mundo, mas não se poderia, em hipótese alguma, duvidar do pensamento.*” (p.33). Apresenta uma idéia inovadora que colocou corpo e mente de forma distinta, embora se influenciem e afirma que “*Se a mente possui capacidade de perceber e querer, de alguma maneira ela deve influenciar e ser influenciada pelo corpo.*” (p. 34). Aponta, ainda, para a capacidade de pensar do ser humano como função da mente e que a mesma interagia com o corpo, influenciando posteriormente o desenvolvimento da Psicologia. O seu pensamento impulsionou as ciências, foi seguido por diferentes pensadores e a dualidade corpo/mente dominou as ciências, permanecendo durante muitos séculos. Foi negativa, de certa forma, na assistência à saúde, uma vez que no campo da Medicina, encontram-se, por um lado, os médicos, cuidando da cura do corpo, e de outro, os psiquiatras e psicólogos ocupando-se da cura da mente, sem considerar a unidade, ou seja, o doente. Os pesquisadores de ambas as áreas dedicam-se às suas especialidades, não conseguindo, muitas vezes, transitar na interdisciplinaridade.

No final do séc. XVII e início do séc. XVIII, momento em que a Igreja foi perdendo a sua força, evidenciou-se o *racionalismo*, passando a ocupar espaço no campo da Filosofia. Entre os pensadores do racionalismo destacaram-se Descartes e depois Spinoza e Leibniz, chamados os filósofos da razão. Para estes, como aponta Carpigiani (op.cit - 37) “*o homem traz uma estrutura independente e dinâmica dentro de si, sendo que esta estrutura é única e preexiste à estimulação.*” O empirismo apresentou-se como uma reação contra o racionalismo, sendo Locke considerado o fundador desse novo pensamento. Sua maior

preocupação era saber como a mente funciona para adquirir conhecimento. Para ele, o homem vive as experiências e só a partir daí acontece a reflexão, uma vez que não existe reflexão sem sensação. Magee (1999 – p. 104) enfatiza a marca do seu pensamento da seguinte forma:

*“Locke chegou à conclusão de que nossas noções acerca do que realmente existe – portanto, nosso entendimento da realidade, do mundo – deve sempre derivar em última análise do que foi experimentado por meio dos sentidos, ou se não tem de ser construído com base em elementos que derivam, ao fim e ao cabo, dessa experiência.”*

Desse modo, o empirismo foi decisivo para os primeiros estudos da Psicologia. Sua metodologia foi desenvolvida inicialmente em laboratórios de Fisiologia, uma vez que o positivismo era a realidade científica da época; o que eles estudavam eram o átomo, a célula, a molécula, por exemplo, ficando a Psicologia preocupada com o estudo das sensações.

No campo da Medicina, gostaria de destacar os estudos de Louis Pasteur, o fundador da Microbiologia, que polemizou a questão das etiologias das doenças. Na visão reducionista, que é o princípio fundamental da ciência médica, apontou os fatores ambientais como capazes de interferir no funcionamento dos organismos vivos, sem, no entanto, levar à frente essa idéia, já que ele se dedicava à pesquisa dos micróbios. Apenas despertou sua curiosidade a questão que chamou de “terreno”, referindo-se ao meio ambiente interno e externo do organismo. Não se deve esquecer que a palavra etiologia vem do grego *aitos* que significa causador, sendo então um termo utilizado na Medicina para dizer do estudo das causas, do conjunto de fatores que causam uma doença ou causa mortis. No pensamento contemporâneo, já se considera a causa mortis mais do que consta no atestado de óbito de um paciente, porque compreende-se que envolve a pessoa, sua história, a qualidade de vida, seu estar-no-mundo, sua doença...

Retomando o pensamento do cientista Pasteur, segundo Capra (1995), em suas pesquisas com o bicho-da-seda, vê-se que ele constatou a interação entre o hospedeiro, o micróbio e o meio ambiente. Estendeu suas observações para as doenças humanas, afirmando que o corpo saudável apresenta maior resistência às *agressões* e, mais ainda, que os *estados*

*mentais*, as atitudes e condições emocionais do paciente reduzem a resistência à infecção, tornando esse organismo sem condições de lutar contra a *invasão desses seres infinitamente pequenos*. Desse modo, a abordagem corpo/mente foi melhor desenvolvida, embora, ainda hoje, de alguma forma, seja assunto polêmico na área médica.

Seguindo o percurso, no início do séc. XIX, destaca-se W. Wundt, médico e fisiologista, fundador da Escola Estrutural e do primeiro Instituto de Psicologia Experimental do mundo. Deu início aos estudos científicos de laboratório em Psicologia. Essa escola que se fundamentou no positivismo, com grande influência da Fisiologia e amparada pelo método experimental, defendeu a idéia de que *a reação é um processo psicofísico*; de um lado o estímulo e a transmissão neural e, do outro, os fenômenos mentais. A Psicologia, então, ficou conhecida como a ciência da experiência imediata e, utilizando o método experimental em laboratório, tornou-se uma ciência autônoma.

Como reação ao movimento estrutural e saindo do laboratório, surgem novas linhas de pensamento dando impulso às pesquisas nesse campo. Entre elas, está a Escola Funcional, representada por William James, cujo pensamento direcionou-se para o estudo do funcionamento da mente entendendo a mesma como dinâmica. Sua metodologia de estudo é a introspecção. Defendia que o psicólogo deveria estar onde houver humano, isto é, na escola, na clínica, no hospital, observando o desenvolvimento da criança, entendendo o idoso, o doente mental, enfim a sociedade, o homem e suas necessidades e suas inter-relações, considerando principalmente o homem dinâmico e as diferenças individuais.

A Psicologia, inicialmente, tomou como base filosófica o empirismo e, aos poucos, as escolas foram avançando em suas idéias. Outros pensamentos foram aparecendo, e a corrente do Behaviorismo marca o estudo do comportamento humano através de atos observáveis e comprovados experimentalmente. Deixa de ser vista como estudo da alma ou de preocupar-se com a consciência para se firmar em seu objeto de estudo que era o



comportamento. No entanto, o Behaviorismo não fazia distinção entre o comportamento animal e humano, afirmando que ambos comportam-se pelo equipamento hereditário e hábitos, ou seja, centralizou seu estudo sobre o comportamento de forma objetiva, baseando-se no sistema estímulo versus resposta. Sua proposta avançou bastante, permanecendo até hoje como uma das grandes escolas de Psicologia.

Procurando compreender paradigmas mais atuais para essa ciência, como o cuidado, não poderíamos deixar de discorrer sobre as bases filosóficas que nos nortearam. Os métodos clínicos foram se ampliando e novos pensamentos foram se apresentando: do Behaviorismo à Gestalt e à Psicologia Humanista (Maslow e Carl Rogers), que têm como matriz as influências filosóficas de Leibniz, seguindo-se da compreensão fenomenológica de Husserl (1859–1938), e Existencial Humanista com os filósofos Kierkegaard (1813–55), Nietzsche (1844–1900) e posteriormente Heidegger (1889–1976), num dos maiores movimentos intelectuais do século XX. A Psicologia Humanista ficou conhecida como “a terceira força” e opunha-se tanto ao Behaviorismo quanto à Psicanálise que se desenvolviam ao mesmo tempo e de forma paralela. Na clínica, seu método de intervenção era não-diretivo, no qual o terapeuta assumia uma nova postura: empática e incondicional. Carpigiani (op.cit.) enfatiza como nessa abordagem acontece o trabalho terapêutico:

*“Preparar-se para um trabalho nos moldes da Psicologia Humanista na clínica, supõe que o profissional imprima força no papel da consciência e na lucidez tanto do terapeuta quanto do cliente, o que permitirá o contato e a compreensão da angústia e das emoções na busca da congruência entre o pensar, o sentir e o agir. O papel do inconsciente é minimizado e o encontro consigo mesmo se faz pela troca empática entre cliente e terapeuta.” (p. 66)*

E assim, o percurso da Psicologia, no âmbito da prática clínica, e nas diversas abordagens foram se delineando até a contemporaneidade.

Partindo da Psicologia Humanista e retomando o caminho percorrido pela Filosofia, encontram-se em Heidegger, com o método fenomenológico, os fundamentos de um novo pensar e de uma nova forma de fazer na clínica psicológica. Esse filósofo trouxe contribuições

no campo, marcando com o seu pensamento, a releitura de toda a tradição filosófica, sobretudo em Aristóteles e questionando a Metafísica no estudo da relação sujeito versus objeto.

Para Heidegger, um dos maiores e mais polêmicos pensadores da história da Filosofia, o que mais importa não é “*o que é isso?*”, a pergunta clássica da Filosofia na tradição Metafísica e sim a questão do ser, qual é o sentido do ser, da existência humana no mundo. Com tal questionamento, a Filosofia continua embasando a nossa prática, uma vez que cuidamos do humano, do seu bem-estar em sua existência e com os outros. Com o método fenomenológico, estamos nos exercitando num outro modo de compreender o ser no contexto em que se encontra numa certa situação, construindo-se um sentido.

No que se refere ao pensamento filosófico, vê-se como aconteceram as mudanças nas ciências até o séc. XX. Essas mudanças são novos paradigmas que se processam em todos os campos do saber, como por exemplo, na Física Quântica, que revolucionou a ciência, acreditando que o Universo é uma rede interligada numa dinâmica de relações em permanente movimento. Essa nova concepção considera o encontro constante entre os corpos, numa coexistência e num processo de diferenciação em que ao afetar e ser afetado, ocorrem em nós, mudanças irreversíveis. Há um processo de transformação de forças num movimento de ordem e desordem que é fator de crescimento.

Desse modo, pensando no ser que adocece, não existe uma causa única e sim um conjunto de causas que interagem mutuamente, que são fenômenos de natureza biopsicossocial numa visão de homem em que, afetando e sendo afetado, está em constante mudança.

No hospital, seguindo o modelo biomédico tradicional, ligado à concepção mecanicista de vida, o corpo é considerado como partes e órgãos. A doença, muitas vezes, é compreendida como mau funcionamento dos mecanismos biológicos sendo necessário intervir

física e quimicamente em situações específicas desse funcionamento. A escola de Medicina formou, durante um longo período, médicos organicistas. Com isso, a saúde era reduzida a um funcionamento mecânico, simplesmente um corpo sem nome ou história, dificultando a visão do paciente como ser humano, sem atentar que a cura das doenças e a prevenção das mesmas envolvem um conjunto de forças que interagem entre si. Esse foi um modelo que conservou um olhar “limitado” para o sofrimento humano, modificado atualmente, quando procura compreender o paciente e sua doença de forma mais abrangente, preocupando-se com o aspecto biopsicossocial.

A Psicologia também seguiu sua trajetória, partindo do pensamento mecanicista da Escola Estrutural, depois modificando sua visão de homem e fugindo do paradigma da ciência clássica, que tanto dificultou sua relação com a Medicina. Nos dias atuais, como discutirei a seguir, ampliou seu campo de atuação para além da prática clínica tradicional, desenvolvendo um novo modo de fazer clínica, como no hospital, trabalhando numa equipe interdisciplinar, exercendo o cuidado, numa compreensão desse ser e de suas angústias, em determinada situação, como a do adoecimento.

No âmbito hospitalar, aos poucos, o paradigma da Medicina Organicista foi se modificando, passando-se a considerar não só a doença, mas *o ser que adoece*. Atualmente, ampliando sua base conceitual de saúde e doença, integra, à sua prática, outros profissionais de saúde, tornando-se uma ciência mais coerente e atual, que transcende as barreiras disciplinares, dando lugar a um novo paradigma com uma visão dinâmica desse sujeito e uma outra concepção do seu estar-no-mundo.

Assim, o fenômeno da doença e da cura orgânicas pode ser visto por outro ângulo, o da singularidade, quando procedimentos iguais na mesma patologia, provocam reações diversas em diferentes pacientes. De fato, é comum observarmos que a equipe espera do paciente que ele responda ao tratamento como tantos outros, muitas vezes isso não ocorrendo.

Sob o prisma da Psicologia fica claro que um paciente pode se curar ou não com o mesmo tipo de atendimento, sob as mesmas condições e os mesmos recursos. Considerando a singularidade de cada ser, procuramos encontrar e estimular nele os mecanismos curativos naturais que todos os organismos vivos possuem.

Historicamente, a Medicina é tão antiga quanto a humanidade. A tradição fala desses mecanismos naturais e mostra, por exemplo, nas culturas primitivas, na busca de ajuda, o xamanismo. Nessa forma de cuidado, a origem da doença e a sua cura eram relacionadas a forças sobrenaturais e espirituais, com práticas curativas e seus rituais. O xamã, líder político, religioso e médico, trabalhava o corpo, a mente e o espírito utilizando-se das ervas e dos rituais. Acreditava que cada pessoa possuía um xamã interior, que, quando cuidado, poderia reagir às dores e ao mal.

Do mesmo modo, a milenar medicina chinesa dá ênfase à participação ativa do paciente por ser o mesmo responsável por sua saúde e em parte por sua recuperação. Nesse sentido, Capra (op.cit.) conceitua a noção de equilíbrio dinâmico como:

*“O conceito de saúde como equilíbrio dinâmico é compatível com a concepção sistêmica de vida e com muitos modelos tradicionais de saúde e cura, entre eles a tradição hipocrática e a tradição de medicina do leste asiático. Tal como nesses modelos tradicionais o “equilíbrio dinâmico” reconhece as forças curativas inerentes a todo organismo vivo, a tendência inata do organismo para voltar ao estado de equilíbrio, ao ser perturbado. Pode fazê-lo, retornando, mais ou menos, ao estado original através de vários processos de automanutenção, incluindo homeostase, adaptação, regeneração e auto-renovação.” (p.316).*

O fenômeno do adoecer e de recuperar a saúde revela-se nos aspectos orgânico, mental e ambiental, embora não se conheça totalmente a experiência, os mecanismos integrativos e a comunicação entre corpo e mente. Ressalto que, no modelo biomédico, a teoria da causação das doenças, como no caso dos traumas por queimadura, encaixa-se perfeitamente, por se tratar de um processo agudo que compromete, sobremaneira, o funcionamento hemodinâmico. A queimadura é considerada uma patologia de alta complexidade que envolve aspectos orgânicos e psicossociais. A preocupação maior e natural

da Medicina, por tradição, é tratar das patologias e saber as causas das doenças, pouco se preocupando, geralmente, em como elas funcionam no ser humano, em sua singularidade, depois de instaladas no organismo. Uma patologia pode causar efeitos diferentes de uma pessoa para outra, dependendo de como cada uma reage às situações de estresse e a um conjunto de condições e de interações que podem interferir no processo de recuperar a sua saúde. Nesses casos, importa, pois, serem conhecidas as circunstâncias da situação, como o paciente se percebe em sua experiência, como também o que ele espera da equipe que cuida.

Muito já foi dito em Psicologia sobre a doença, a hospitalização e sobre os pacientes terminais. Há vários estudos realizados, considerando que determinadas patologias indo desde do diagnóstico passando pelo crônico até a terminalidade são extremamente desgastantes para o paciente e sua família.

No enfoque interdisciplinar e no caso das queimaduras, percebe-se que, num primeiro momento, o paciente utiliza resposta coerente e natural à situação de crise. No entanto, passado os primeiros dias, ao se confrontar com a sua nova condição, com uma imagem desfigurada e com as dificuldades inerentes ao tratamento, vão se delineando características pessoais e modos de enfrentamento que poderão ajudar ou não em sua recuperação.

A literatura é escassa no que se refere ao comprometimento psíquico e à repercussão emocional que a queimadura provoca, principalmente no caso do grande queimado. São encontradas publicações de forma ampla sobre o tema, geralmente ligadas às tentativas de suicídio com queimadura, e ainda relacionadas à sintomatologia psicopatológica do pós-trauma. Pouco se fala, entretanto, sobre a fenomenologia do doente agudo. Não se trata simplesmente de um paciente queimado, é mais específico, há uma diferença, devido à grande “agressão” sofrida e aos efeitos que o tratamento pode causar em seu estado emocional. Por ser considerada uma situação-limite, esta o aproxima da possibilidade de vida/morte, que é

própria da condição humana, mas que, nesse momento, evidencia-se de forma súbita e concreta.

O paciente agudo é extremamente atingido em seu aspecto emocional pela percepção de paralisação do seu processo existencial; um acontecimento que se diferencia da normalidade, uma nova situação, inesperada e sentida como irreal exatamente, porque esta situação subitamente o aproxima e favorece o contato com a impotência diante da finitude.

Desse modo, merecem considerações, pela sua especificidade, a situação do grande queimado, por ser este não um paciente terminal e sim um paciente agudo, com alto grau de complexidade, cujas dificuldades orgânicas/mentais desse momento poderão levá-lo à morte.

A assistência ao paciente grande queimado requer atenção pela complexidade da patologia e pelo sofrimento humano, buscando a compreensão mais ampla, pois não é só orgânico, nem só psíquico ou sócio-econômico, mas um conjunto de situações que envolvem dramaticamente o seu cotidiano, de uma forma única e singular de ser e enfrentar a dificuldade da vida naquele momento. Dor e sofrimento são o contexto desse paciente. Oferecer-lhe atenção cuidadora é um desafio.

Diante do adoecimento grave e da situação ameaçadora de hospitalização, observa-se que alguns pacientes, nessas circunstâncias, utilizam respostas criativas e solucionadoras, com melhor qualidade de vida após o evento traumático pelo desafio que a doença pode provocar. A extraordinária capacidade do ser humano de utilizar forças presentes e até desconhecidas para a manutenção da vida é talvez a condição mais importante no caso do paciente grande queimado, em busca da ordem rompida. Por outro lado, essa experiência pode contrariamente *paralisar* sua força de sustentação na desordem provocada pelo trauma da queimadura.

Com relação ao trauma agudo, o conceito de estresse parece descrever o mecanismo do organismo. O estresse é uma resposta do organismo a uma “agressão” sofrida por influências ambientais. Quando o sujeito se percebe numa situação súbita de ameaça ou de

mudança, o estresse pode ser muito intenso, muitas vezes “forçando” o organismo ao limite máximo no sentido de obter respostas a esse desafio, expressando-se por luta ou fuga. Pesquisas e teorias sobre o estresse afirmam existir um *elemento chave* entre mente e corpo, pelo qual em situação de *risco*, quando não acontece resposta de luta, provoca uma alteração no sistema imunológico reduzindo as defesas naturais do organismo, levando-o às doenças.

Do ponto de vista biológico, segundo Vasconcelos (2000), o sistema imune se desenvolve no ser humano em torno da oitava semana após sua concepção, com a função de defender o corpo de agentes agressores. Trata-se de um sistema altamente sofisticado que entra em ação, numa seqüência complexa, desde o aparecimento do agente agressor até a sua eliminação, não sendo, no entanto, objeto de minha pesquisa aprofundar conhecimentos médicos tão específicos. O mais importante é saber que se trata de um sistema “*protetor*” e que sua eficácia em relação a uma resposta imune vai depender de um conjunto de fatores como o estado geral de saúde do indivíduo, de sua constituição genética, da idade, sexo, equilíbrio hormonal e ainda de outros: o estresse, o estado emocional e a condição sociocultural do paciente.

Portanto, considera-se hoje que o conceito de equilíbrio está relacionado ao estado de inter-relação entre os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, socioculturais e outros, sincronizados e interdependentes.

Diante do exposto, é devido também rever o antigo conceito de homeostase, atualizando-o para uma nova compreensão do ser-no-mundo, que afetando e sendo afetado, está inserido num macrouniverso e não só no seu microsistema. A atenção ao sofrimento considera a unidade, que está na qualidade de vida do sujeito sem compartimentalizar orgânico, psíquico ou sócio-econômico. Por outro lado, o suposto estado de equilíbrio, da homeostase, atualmente é considerado sob o prisma do caos e da ordem, nas quais as

oscilações são possíveis de acontecer em cada momento, caracterizando um fenômeno, uma situação.

Assim, o nosso organismo vive uma constante dinâmica em seus diversos sistemas - variáveis diante de qualquer estimulação - e não só do imunológico. Este atualmente é reconhecido pela Medicina tão ligado ao sistema nervoso, que não se pode falar de um sem o outro e, desse modo, pode-se denominá-lo sistema *neuroimunológico*, que estabelece entre si uma linguagem específica e integrada. Vasconcellos (op.cit.), em seu capítulo *Psiconueroimunologia: uma história para o futuro*, chama atenção:

*“Diz respeito ao sistema imunológico hoje, na expressão plástica da palavra, tudo que penetra, toca ou interage com o nosso corpo. Do oxigênio que produz radicais livres, às substâncias alimentares, ao feto que é gerado no útero materno; do toque da pessoa amada na pele ao vírus que penetra na célula, tudo aciona o sistema imunológico e, com ele, o sistema nervoso. Semelhante, tudo que ativar o sistema nervoso – e o que não o aciona – estimula inexoravelmente o sistema imunológico.”* (p. 38).

Essa visão sistêmica geral, que vai além do microsistema da saúde e que se encontra em constante oscilação, exige de todos uma nova compreensão dos processos de interação, nos quais, como foi visto, os sistemas se influenciam mutuamente. Assim, o estado físico altera-se em consequência das emoções e das circunstâncias das situações do momento, como também o adoecimento interfere no estado emocional, configurando-se a inter-relação entre os sistemas. Lembro o que me conta um paciente grande queimado: **a dor atropela os pensamentos, os pensamentos atropelam a dor...e é aquela confusão.**

Esse aspecto tem importância singular especialmente no caso das queimaduras, por se tratar de uma patologia aguda, na qual a infecção promove a baixa de imunidade própria da condição de injúria<sup>12</sup>, cujo comprometimento pode até levar o paciente à sepse, indicando que o mesmo corre risco iminente de vida. O paciente grande queimado encontra-se imunodeprimido e considera-se que ele pode morrer, devido ao comprometimento do seu

---

<sup>12</sup> Terminologia médica para referir-se à queimadura, doença aguda que pode ser grave, dependendo do agente etiológico, da extensão e profundidade das lesões.



sistema imunológico. Ressalto que este é um assunto médico bastante complexo, e foge de minha área de conhecimento. Na presente pesquisa entra como informação sobre a complexidade e o comprometimento orgânico do tipo de paciente em estudo.

O conhecimento desses fatores é importante, pois nos alerta para como acontece a inter-relação corpo/mente, justificando que as ações da equipe interdisciplinar são de extrema necessidade no tratamento do grande queimado, considerando o modelo biopsicossocial. . Chiattonne (2000 – p.99), referindo-se aos pólos de saber na instituição, ressalta que: “*o saber médico e o saber psicológico podem e devem ser complementares dentro do modelo biopsicossocial.*”

Desse modo, seguindo esse modelo, a Psicologia ocupou espaços nas enfermarias, U.T.I.S e nos ambulatórios dos hospitais, modificando mais um paradigma utilizado anteriormente, que era a atenção ao mundo psíquico como próprio dos hospícios e dos loucos. A inserção da Psicologia no contexto hospitalar – atualmente Psicologia da Saúde – já é reconhecida como facilitadora das ações dos demais profissionais de saúde e valiosa para a recuperação do paciente. Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar, amparado numa visão mais ampla do ser humano que adoece, procura realizar seus objetivos de cura e de bem-estar do paciente.

Pelas citadas razões, e à procura de uma melhor compreensão das ações dos profissionais de saúde, procurei a etimologia da palavra *clínica* que vem do grego *kliné* e significa cama, ou seja, lugar de descanso, repouso, bem-estar e cuidado. *Klinic* ou clínico é aquele que se inclina sobre, dispõe-se numa posição natural de atenção e ação para cuidar do bem-estar de quem está em sofrimento (doente). O sentido da ação está ligado à clientela e a demanda parte do sofrimento do paciente que procura a instituição.

Para melhor contextualizar a atuação do psicólogo hospitalar, retomo a discussão sobre o percurso da Psicologia e como a mesma ultrapassou o modelo clínico de consultório

chegando à instituição. Deve-se ressaltar que o fazer psicológico clínico envolve o humano em sua singularidade e complexidade pelo conhecimento da diversidade de orientações teóricas. Sabe-se que não existe um modelo de clínica pronto para ser aplicado em determinado lugar. É no campo de atuação que se faz a clínica, atentando para a demanda e para o contexto da situação. A sensibilidade em lidar com o humano está acima de qualquer técnica; nem toda técnica aplica-se a determinados casos. Com isso, nas diferentes interfaces da Psicologia, há uma multiplicidade de saberes e práticas que também se revelam nas múltiplas demandas.

A clínica é o lugar do interdito, do subjetivo, do psíquico, ocupando-se do ser humano em sua singularidade e em sua pluralidade. Na prática clínica psicológica, somos constantemente chamados a cada nova situação. Isto conduz o profissional de psicologia a uma nova compreensão clínica e faz com que pense sobre novas ações, numa reconfiguração dos elementos já existentes e que são próprios do humano.

Sabe-se que o modelo de atuação de consultório é a psicoterapia; o sujeito com problema e que procura ajuda. Esse processo, caracterizado pela escuta do excluído e pelo cuidado do psicoterapeuta, difere do modelo realizado na instituição hospitalar. A prática clínica psicológica nas instituições permanece pelo mesmo viés do cuidado, mas colocou o psicólogo num novo contexto, modificando as ações próprias da clínica tradicional. No hospital, o paciente não entra em processo psicoterápico, visto que encontra-se com a atenção centralizada na doença, no tratamento e em sua recuperação. A dor e o sofrimento inerentes à condição de adoecimento passam a ocupar um lugar maior. O paciente poderá apresentar diversas alterações de humor e de conduta diante do trauma sofrido.

Nessa perspectiva, o olhar do psicólogo será dirigido ao que se apresenta nesse contexto e as ações do referido profissional centraliza-se situação do momento e o que esta provoca neste ser/paciente. Então, a atenção psicológica estará voltada para a prevenção, com

o objetivo de minimizar o sofrimento ou re-dimensionar dificuldades próprias da hospitalização e da situação de crise, atentando para os agentes causadores das dificuldades emocionais. Isso muda o procedimento clínico que inclui uma atenção integrada à equipe e à família; pela demanda, a compreensão individual não dá conta, devendo ser vista num contexto mais amplo.

Por todas essas razões, a compreensão do momento vivido e a expressão dos sentimentos presentes poderão possibilitar o melhor enfrentamento do tratamento e recuperação da saúde. Tudo pode ser feito no sentido da atenção psicológica, desde que esteja dentro de um contexto, com criatividade e ética. Criam-se modelos de atuação, próprios no sentido de liberar forças preservadas na situação de crise, e que o paciente possa encontrar sua capacidade de fluir, despertando-o para seu lado saudável. Nesse sentido, Angerami (2000), refletindo sobre o assunto, diz:

*“Uma Psicologia que não precisa do enquadre limitador de um consultório e que, ao contrário, tenha como campo de atuação a própria realidade de sua inserção. Uma Psicologia, ao mesmo tempo, clínica, social, hospitalar e institucional e que, por isso, tenha uma visão mais ampla dos conceitos de saúde.” (p.11).*

Esse, talvez seja um dos pontos mais importante a ressaltar, uma vez que a atenção à saúde traz o enfoque preventivo, com ações e intervenções que possibilitem uma melhor compreensão das necessidades do momento e que estimulem recursos psíquicos normalizadores e necessários ao enfrentamento da situação. Tais ações intentam prevenir que o paciente evolua de modo complicado, no que se refere ao aspecto emocional, o que compromete também seu processo de recuperação.

Dada à peculiaridade da situação as práticas psicológicas no contexto hospitalar têm caráter preventivo. Chiattoni (2000 – p. 125) afirma que:

*“a atuação preventiva no contexto hospitalar tem como principal objetivo o oferecimento de ajuda para que os pacientes possam alcançar o reconhecimento das motivações que estão subjacentes a seus problemas diante da situação de doença e hospitalização, visando facilitar a resolução desses problemas, da forma mais adequada e breve possível. Portanto, para atingir plenamente sua função preventiva, o psicólogo no contexto hospitalar deve dedicar particular importância ao*

*diagnóstico precoce de transtornos psicológicos de pacientes e familiares. Em prevenção ele não deve esperar pelo encaminhamento dos pacientes internados, mas sim, 'estar junto deles' em trabalho diário de decodificação de suas dificuldades."*

O conhecimento desses fatores é evidente em nossa prática, quando constatamos que pacientes depressivos ou muito ansiosos recuperam-se com mais dificuldade que os demais, indicando a interferência do estado emocional no processo. Recusam alimentação, são poliqueixosos, apresentam sono intranquilo e sua dor parece mais intensa e insuportável que a dos demais.... No hospital, não podemos esquecer que o paciente não procurou o psicólogo, sendo necessário esclarecê-lo sobre os nossos objetivos. *Não seria esta também, uma característica da entrevista em prevenção?* Enfim, a Psicologia Hospitalar/Saúde procura responder a essa demanda, para que nossa inserção socio sanitária se some aos esforços de outras especialidades. Enfatizando a tarefa do psicólogo na saúde, citamos Sebastianni (2000-202):

*"Esses novos paradigmas têm uma importância especial no que se refere à presença e participação do psicólogo da saúde nas diferentes propostas de atenção à saúde da população, posto que os elementos participantes desse processo de instalação das doenças mencionadas por Susser – "enfermidade" e "anormalidade" – são notoriamente de cunho psicossocial. (...) A psicologia da saúde vem sendo solicitada a dar sua parcela de contribuição a essa nova abordagem dos problemas; e é imperativo que nos mobilizemos para responder a esses pedidos e que nos organizemos, cada vez mais, para que nossa inserção socio sanitária seja cada vez mais eficiente e reconhecida."*

Desse modo, a prática clínica psicológica nas instituições colocou o psicólogo nesse novo contexto, modificando as ações próprias da clínica tradicional que é curativa e não preventiva. Por essa compreensão, a Psicologia Clínica no contexto hospitalar revela-se por um saber específico, que foge dos modelos assistenciais que permeiam a prática da clínica tradicional. Sendo uma prática realizada no cotidiano das enfermarias, busca nas ações clínicas, as dimensões biopsicossociais que constituem o sujeito enfermo.

O modelo biomédico exerce um poder maior, em que as prioridades das ações médicas são marcadas pela necessidade de uma objetividade científica. Por outro lado, a subjetividade do paciente requer, na ação interdisciplinar de ajuda, uma intervenção específica

que é realizada pelo olhar e pela ação do psicólogo. Esta atuação psicológica é norteadada pela observação dos acontecimentos na enfermaria, quando há mudanças comportamentais decorrentes da ruptura do equilíbrio psicológico do paciente diante da situação de crise ocasionada pelo evento traumático de ordem física, geradora de perdas significativas momentâneas ou definitivas, como as seqüelas das queimaduras, por exemplo.

Nas entrevistas, trabalhamos com a experiência vivida, vamos pelo *fio* que a experiência do paciente nos leva e, embora a escuta continue sendo clínica, pela peculiaridade da situação, a mesma é acrescida da situação de dor real, dos procedimentos médicos e de enfermagem próprios do tratamento e por um conjunto de fatores do contexto e da dinâmica da enfermaria.

O âmbito hospitalar exige do psicólogo uma outra forma de fazer clínica, utilizando ações adequadas ao atendimento do paciente na instituição, visto ser específico de uma dada situação, em determinado momento e lugar. A atenção prestada ao paciente, num momento de crise e de estresse, considerada pela ótica do mal-estar, permanece um trabalho clínico, pois a clínica está em todas as instâncias, ampliando esse fazer para onde houver humano.

Assim, a prática clínica terapêutica realizada num contexto fora do consultório exigiu adaptações metodológicas para esse novo campo de atuação, deixando de ser psicoterapia para *ser atenção psicológica*, com maior flexibilidade. Tais adaptações incluem, além do paciente, a sua família e, sobretudo, uma participação integrada junto à equipe, caracterizando a atenção à saúde como um saber compartilhado. Nesse sentido, o psicólogo hospitalar em sua prática procura identificar ações preventivas e atua na tríade: paciente, família e equipe de saúde. Faz a articulação entre a Medicina e a Psicologia, modificando a prática clínica tradicional e o antigo paradigma da Metafísica que separa corpo/mente.

Criamos nossos próprios modelos de atuação. Não há enquadres, cada situação pede uma ação diferente, há uma multiplicidade de solicitações que é diferente do contexto de

consultório. O sofrimento e a angústia do paciente por um lado, e a escuta do psicólogo por outro, não são diferentes; o que difere é que, no hospital, o adoecer tira o paciente de qualquer outro contexto existencial. A família adoce também, modificam-se os papéis, os conflitos pessoais e familiares, as frustrações e insatisfações ficam “modificadas”. Enfim, tudo passa a ter uma nova dimensão, um outro sentido. É a proximidade com o sofrer “real” pelo adoecimento, e a consciência da finitude, a angústia do deixar de ser, que a doença aponta.

Angerami (1996 - 1994) refere-se ao paradigma da Psicologia Hospitalar, no valor da escuta, que, pela situação do paciente, possibilita a expressão e a compreensão da existência humana em toda sua complexidade, a realidade atual, a força e a fragilidade provocada pelo contato com a experiência do adoecer, da aflição e da hospitalização. Esse autor, preocupado com o novo campo e com a atuação do psicólogo na realidade hospitalar, acrescenta;

*“E o psicólogo percebe no contexto hospitalar que os ensinamentos e leituras teóricas de sua prática acadêmica não serão, por maiores que sejam as horas de estudo e reflexão teórica sobre a temática, suficientes para embasar sua atuação. E aprende que terá que aprender apreendendo com os pacientes sua dor, angústia e realidade. E o paciente, de modo peculiar, ensina ao psicólogo sobre a doença e como lidar com a própria dor diante do sofrimento. E o hospital recebe o psicólogo e permite que em seus cantos a psicologia descubra a dimensão real da dor humana. E assim é: a psicologia no contexto hospitalar tem uma de suas performances mais humanas e verdadeiras.” (p.14)*

Desse modo, redimensionar a prática clínica, adequando-a à instituição, aproximando-se da dor do paciente, de sua família e do saber de outros profissionais da equipe hospitalar, possibilita-nos a compreensão do sofrimento humano de forma mais profunda, pelo viés do cuidado, mas sem se restringir ao aspecto psicológico, transcendendo para o sentido que hoje se dá ao sofrimento humano em sua dimensão biopsicossocial. Isso significa avançar no conhecimento, criando novos paradigmas na contemporaneidade.

### III – UM APROFUNDAMENTO DA QUESTÃO: CRISE E DOR NA HOSPITALIZAÇÃO E O GRANDE QUEIMADO

A situação de pós-trauma e hospitalização é um momento agudo de transtorno de vida, que chamamos de crise. Esta significa momento grave, decisivo, situação aflitiva; vem do grego *Krisis* e, na linguagem médica, caracteriza o momento decisivo de uma doença, quando acontece uma melhora ou toma uma direção fatal. Os chineses fazem uma conexão entre crise e mudança, afirmando ser a situação de crise característica de “perigo” e, ao mesmo tempo, “oportunidade”. Afirmam que a mesma pode ser paralisante e usam o termo *wei-ji*. Entendemos assim que as situações de crise, num primeiro momento, são (ou podem ser) abertura para novas possibilidades ou podem também deixar o sujeito “sem ação”.

Durante uma crise há uma paralisação, um vácuo, uma alteração na continuidade da existência que constitui e sustenta o sujeito. Ele perde momentaneamente a capacidade de se auto-perceber, uma vez que as circunstâncias atuais o colocaram “estranho” em si mesmo, fora de seu contexto, antes inimaginável. Desse modo, o mesmo (im)previsto súbito, que surpreende, *desaloja e paralisa* o sujeito, exige dele estratégias para o enfrentamento da nova situação.

No caso da hospitalização e, principalmente, das situações de injúria, a ameaça é iminente. Surgem os medos e a angústia, o paciente necessita reestruturar-se, já que situações-limite o colocam em confronto com sua finitude, exigindo que o mesmo lance mão de novas estratégias de sobrevivência. O ser humano está sempre em processo, em constante movimento de ir e vir, entre o caos e a ordem, que se alternam constantemente. As crises, lembrando Rolnik ( op.cit.- p.3):

*“São quebras, rupturas, demolições que se dão em níveis e graus de intensidade variáveis, com diferentes ritmos – mais bruscos ou mais lentos, mais fortes ou mais fracos, abalando pedacinhos de nossos territórios ou o nosso território quase por inteiro, camadas mais superficiais ou mais profundas – mas seja de que ordem forem tais quebras, elas acontecem necessariamente e ao longo de nossa existência.”*

Na desordem provocada pelo trauma da queimadura, o paciente poderá chegar a um limiar de afetação que põe em risco a sua vida, caso não consiga lançar mão de *mecanismos adaptativos*, podendo ser a ação clínica facilitadora desse processo. Considerando a queimadura e todo o tratamento extremamente doloroso, o paciente encontra-se concretamente debilitado, fragilizado e potencialmente paralisado pela angústia e pela própria condição orgânica. A autora citada afirma ser a doença a parada de um processo; fala da análise como forma de ajuda, como força de enfrentamento do problema que possibilita emergir o novo, sendo essa, portanto, uma força subversiva.

Desse modo, nas situações de trauma, o sujeito necessita (re)organizar-se para minimizar a angústia que eclode diante da quebra do cotidiano, devendo conservar sua identidade através de mecanismos normalizadores para a sobrevivência. As situações de crise têm indicação de urgência psicológica, que propõe novas estratégias por parte do paciente objetivando a retomada do equilíbrio.

Moffatt (1987) chamou de *técnicas de auxílio em crise* que são adequadas aos quadros de catástrofes do eu, entre os quais os eventos traumáticos e, naturalmente, a queimadura. O autor propõe, ainda, além da forma de enquadramento clínico de consultório, uma forma de enquadramento situacional aberta, na qual o psicólogo inclui-se num “campo de força” em que a situação está ocorrendo, seja no hospital, na rua, enfim, num contexto do cotidiano, na maioria das vezes confuso e complexo.

Repensando a experiência de crise, sobretudo na experiência de trauma que o paciente grande queimado vive, Simon (1989) auxilia afirmando que a crise acontece quando há “*um aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal*”; (p. 60), “*universo pessoal*” ali significando o ser em sua unidade e qual o significado emocional que ele dá ao fato experienciado. Destaca a importância do aspecto afetivo, da singularidade da experiência humana entendida como “*individual, intransferível e original*”. Nesse sentido, o mais



importante é a significação que o indivíduo dá à situação e não a própria realidade objetiva. Na classificação etiológica das crises, refere-se ao estado de angústia sempre presente nas crises por perdas, como é o caso do adoecer. Esta é uma ação preventiva, e a meta principal na prevenção é um trabalho voltado para o universo pessoal do paciente, bem como a expressão dos sentimentos presentes que emergem da situação de adoecimento. Nesta, o paciente perde momentaneamente seu poder de “cura”, a capacidade de resolver seus próprios problemas, sendo, por isso, necessária uma (re)focalização existencial, ou seja, que ele (re)conheça seus “recursos de comando”, a fim de que possa se (re)apropriar de sua vida, através da compreensão do que se passa no momento.

Sob o prisma do horizonte fenomenológico, o adoecer é compreendido considerando-se as experiências do paciente. Não se pode isolar a doença do sentimento de *estar-enfermo*; ela, no seu aspecto intersubjetivo, coloca o sujeito numa experiência de mal-estar, sendo o adoecimento uma situação-problema vivida pelo *ser-doente-em-situação*.

Em tal perspectiva, o corpo representa a inserção no mundo com todas as vivências do sujeito reveladas em seu esquema corporal, apontando o seu modo especial de ser-no-mundo. Na situação de grande queimado, o corpo revela-se aos olhos do paciente, deformado, sangrando, sem mobilidade. No confronto com esse *novo/mesmo* corpo, há uma angústia que não pode se ocultar...a angústia do não se (re)conhecer em seu próprio corpo, e o medo de não sobreviver. A escuta dessa dor anunciada pelas feridas é, muitas vezes, mais emocional do que real. Somos não só seres-em-situação, mas seres com possibilidade de transcender às situações em busca de novas formas de estar-no-mundo. A experiência de mal-estar, decorrente da doença, envolve sensações e sentimentos diversos – concretos e subjetivos – como medo, desamparo, dor e reações orgânicas próprias da patologia. É uma experiência que possibilita um significado particular no mundo cotidiano do paciente, ou seja, a significação

atribuída à doença é decorrente de como ele compreende e reage às dificuldades e às situações do seu existir.

Quero salientar que, no C.T.Q., por tratar-se de uma situação extremamente complexa, busca-se trabalhar com a verdade, no sentido da razão, tendo como estratégia básica o manejo da incerteza e da formação de vínculos de confiança, necessários tanto à família quanto ao paciente em seu percurso em direção ao tratamento. Os esclarecimentos sobre a doença e o manejo das incertezas em relação aos procedimentos necessários, colocam o paciente na condição de ser-em-situação, da qual não poderá se esquivar.

Na prática psicológica hospitalar, sobretudo com o paciente grande queimado, é relevante compreender a experiência presente, bem como a integração desse fazer às ações da equipe interdisciplinar, numa atenção mais completa ao paciente, possibilitando respostas alternativas e criativas diante do acontecimento. Quando o paciente entra em contato com sua situação, fragiliza-se, necessitando do apoio da equipe para a manutenção de sua capacidade de tolerância ao sofrimento; com isso, poderá enfrentar melhor o tratamento, procurando respostas no sentido de melhor adaptação hospitalar e recuperação. Falo de *adaptação* não como acomodação, mas como a possibilidade do ser humano de lidar com os desequilíbrios do meio, interno e externo, e que exige dele respostas adequadas à situação, com padrões de enfrentamento que possibilitem a recuperação da saúde. Desse modo, procuramos resgatar o movimento de **vividação**, buscando fortalecer seu limiar de suportabilidade, que fala de força interior, no sentido de se buscar padrões de enfrentamento possíveis diante da situação-limite na qual se encontra.

No leito hospitalar e, com o paciente grande queimado, no encontro e na escuta de sua dor, em sua experiência de aflição, paciente e psicólogo vivem uma relação que pode ser capaz de transformar, de promover mudanças referentes à cura orgânica e a retomada do equilíbrio, processo natural e inerente a todo ser vivo. O ser humano é um ser de relação. Na

relação voltada para a experiência vivida, a técnica pode ser secundária no atendimento ao paciente grande queimado. A comunicação no contexto hospitalar pode ser um fator que auxilia a retomada da vida, quando o paciente enfermo entra em contato com a própria fragilidade orgânica e, ao mesmo tempo, com a sua força vital que poderá levá-lo à luta e a superar o desafio da doença/morte.

Assim, percebo que há ali um contexto adequado para as ações de ajuda, facilitadoras do desenvolvimento humano; estas se revelam através da compreensão do que se passa e de produções criativas capazes de modificar patologias instaladas. As ações clínico-psicológicas podem ser *disparadoras* de mudanças, se o doente traumatizado compreender o que se revela nas múltiplas expressões do vivido, que podem ser o choro, um gesto, uma expressão, uma palavra que legitima o significado do seu sofrimento.

Em cada encontro, uma oportunidade do paciente se auto-perceber nessa situação imprevisível e que não escolheu. O acidente tirou-o de seu cotidiano, colocando-o num ambiente sentido como hostil e, a partir daí, tudo passa a ser sofrimento! O paciente entra em crise. Passa a conviver com a equipe, pessoas estranhas, que ha todo momento o solicitam para procedimentos dolorosos: tudo é desconforto e confusão. O estado emocional torna-se comprometido por esses novos acontecimentos, e tudo vai tomando um significado negativo, incompreensível... Pensa: *Será que estão falando a verdade? Por que não há um remédio para passar a dor? Quem está doente precisa ficar na cama... não estão vendo que eu não agüento andar?*

A equipe explica, exige, atende, cuida, mas ele não consegue compreender. *Ouve, mas não escuta...*

Durante os atendimentos, o paciente é chamado a refletir, a entrar em contato com sua experiência: pensar/ver/sentir/compreender. Desse modo, psicólogo e paciente, juntos, compartilhando a aflição do momento vivido, transformam o encontro em um ato criativo,

capaz de transformar e (re)organizar suas condições emocionais e suas capacidades corporais necessárias à reintegração e recuperação da saúde.

Considerando esse aspecto, ressalto que, no âmbito hospitalar, o estado emocional comprometido pode ser um dos fatores que interfere na recuperação do paciente. Pode-se dar atenção às complicações dessa natureza, durante o tratamento do queimado, realizando um diagnóstico diferencial, para que haja uma compreensão do que se passa com ele, vez que tal desorganização pode ser breve e transitória ou desencadear distúrbios psicopatológicos até então não observados e revelados pelo paciente. Nesse sentido, a equipe de saúde mental criou uma rotina que inclui entrevista cuidadosa com o paciente e sua família, procurando identificar os fatores etiológicos da sintomatologia psíquica do momento.

Sabe-se que o grande queimado encontra-se comprometido em seu metabolismo; seu estado clínico não permite colher dados suficientes para um diagnóstico diferencial seguro. Importa assinalar que o trauma o coloca também em situação de crise emocional, que pode desencadear, como conseqüência, alterações psíquicas reativas. É prudente que tais casos sejam discutidos e avaliados com a equipe médica, considerando-se as limitações, interações e particularidades da situação. Há casos em que se constata a sobreposição da queimadura com outras doenças orgânicas com sintomatologia reativa psicológica e/ou psiquiátrica. Dizem respeito aos distúrbios cerebrovasculares, quadros demenciais degenerativos, síndromes de abstinência, distúrbios epilépticos, alterações endócrinas e tantos outros. São, então, indicados, além da anamnese, recursos de investigação de algumas funções e exames específicos, como eletroencefalograma ou tomografia, dada a correlação entre tais patologias e os sintomas psíquicos.

É comum constatar-se pacientes entrevistados que se encontram em momento de crise pessoal, e a doença vem representar uma carga emocional adicional ao que já havia se instalado, dificultando o processo de recuperação. Encontram-se, também, alterações

psicológicas decorrentes do pós-trauma, como uma forma de comunicar a experiência vivida e que lentamente vão desaparecendo.

Nesse sentido, o diagnóstico diferencial deve levar em consideração os fatores intrínsecos e extrínsecos da situação, que podem interferir no tratamento ou alterar o processo, inclusive pelo efeito de psicofármacos que, porventura, estejam sendo administrados. Tal cuidado visa, principalmente, estabelecer relações entre os distúrbios psíquicos concomitantes às alterações clínicas do paciente queimado, indicando parâmetros para a compreensão do funcionamento do paciente que se pretende diagnosticar. Enfatizo ser essa uma questão fundamental na atenção psicológica ao paciente, visto que os fenômenos decorrentes de transtornos psíquicos e de estresse social e psicológico interferem no próprio enfrentamento e adaptação ao tratamento das queimaduras.

No que se refere ao modo com que o paciente enfrenta suas dificuldades, Kovács (1996), citando Temoshok, discute sobre quatro formas de enfrentamento da doença, considerando os graus de adaptação. São eles: espírito de luta, estoicismo, negação e desespero/desesperança. Em cada uma dessas, percebe-se que cada paciente, em sua singularidade, demonstra um jeito de ser, que poderá comprometer ou não a sua **vividação**. Para melhor compreensão, os mesmos serão comentados a seguir.

Nessas considerações acerca da ruptura da condição existencial, o paciente, já bastante fragilizado pela patologia, vai conviver com o imprevisível, com as angústias inerentes à situação e, sobretudo, com a questão “limite” vida/morte. Poderá, então, pela angústia, exacerbar o *espírito de luta*, participando ativamente do tratamento, sem admitir nada que possa “enfraquecer” seu objetivo. Esse paciente estimula muito a equipe por corresponder e compartilhar dos seus objetivos. Do ponto de vista emocional, apesar de expressar sofrimento, procura sustentação em todas as possibilidades de ajuda, não abandonando a esperança.

No *estoicismo*, observa-se tendência à indiferença, ou à passividade, certo conformismo e aceitação total ao tratamento, numa “entrega” sem questionamentos do que se diz necessário; é um paciente menos ativo e mais “obediente”. Esse modo de enfrentamento também traz benefícios ao paciente, uma vez que ele corresponde ao tratamento, não causando “problemas” à equipe. Requer, entretanto, uma equipe estimulada e sempre pronta a solicitar a sua participação no tratamento.

Outro modo de enfrentamento é a *negação*, em que o paciente evita o contato com a realidade, comportando-se como se nada estivesse acontecendo. Há uma incoerência entre a situação e o estado de ânimo do paciente; frente a esse modo, uma equipe menos sensível comporta-se, também, como se o seu sofrimento realmente não existisse. Na prática, observa-se que essa alternativa é frágil, não se sustentando por muito tempo, possibilitando, muitas vezes, que o sofrimento ecloda de forma mais intensa, exatamente por não ter podido ser expressa desde o momento do trauma.

Finalmente, o *desespero/desesperança* revela-se extremamente perigoso, visto que o paciente não aposta na vida e não estabelece vínculos de confiança com a equipe, desistindo rapidamente do tratamento e, com isso, pode ir a óbito. Esses pacientes “perturbam” e trazem muita angústia para a equipe por “contrariar” o objetivo de todos: a manutenção pela vida.

Nessa compreensão, faz-se necessário conhecer a patologia aguda e adentrar na condição de ser um grande queimado. Meu propósito, enquanto psicóloga, é contextualizar o sofrimento desse paciente, dada a particularidade da patologia e as exigências do seu tratamento. São inúmeras as variáveis, às quais não irei me deter, porque fogem à minha área de conhecimento e ao propósito deste trabalho. Não analisarei quais desses fatores são mais importantes e sim enfatizarei o que é queimadura, e a importância dos vários fatores que levam a complicações e que são de natureza biopsicossociais.

Assim foi visto que esse paciente é considerado imunodeprimido; a falência imunológica é proporcional à extensão da área lesada, associada a outros fatores agravantes tais como: profundidade, etiologia, idade, condição geral do paciente, condições de vida, incluindo seu estado emocional. Desse modo, o trauma da queimadura traz consigo conseqüências “perigosas” para o paciente, visto que envolve grande sofrimento físico e psíquico, exigindo respostas adequadas em direção à auto-organização e à cura.

Ao lado da precocidade do tratamento clínico/cirúrgico, a vontade do paciente, suas atitudes em relação à suportabilidade da situação e a confiança no tratamento são fatores essenciais para sua provável recuperação, isso porque não se consegue compartimentar a doença do ser que adoecer. O modo como cada paciente reage às dificuldades tem um poder decisivo e transformador em seu processo de cura.

Nesse sentido, suponho que, da mesma forma que uma pessoa caminha em direção à doença, como se encontra na extensa literatura da medicina psicossomática, outras, poderão reverter quadros clínicos agudos, como nas queimaduras, pela *vontade*; Não se trata de uma força intelectual, nem de uma crença, mas de um poder transformador que dá sentido à vida. A vontade do paciente é importante juntamente com os recursos técnicos disponíveis. Recorro, nessa exposição, ao efeito placebo, já tão estudado e com constatada redução de sintomas físicos, inclusive com pacientes queimados no que se refere ao alívio da dor, demonstrando que se o paciente se sente cuidado, amparado em sua aflição, estabelece melhores vínculos de confiança e poderá enfrentar melhor o seu tratamento. É importante, os placebos não serem vistos como pejorativos, no sentido de *desmascarar* o paciente. Se isso vai beneficiá-lo e sua condição emocional melhora, então, é válido. São alternativas efetivas que podemos utilizar não para enganar o paciente, mas para minimizar de alguma forma o seu sofrimento.

Ao considerarmos que, no Brasil, segundo Gomes, Serra e Junior (2001), existem poucos Centros de Tratamento de Queimados e que profissionais especializados nessa área estão abaixo das necessidades atuais, uma atenção especial e cuidadosa a esse tema se faz necessária. Além disso, referindo-se a dados estatísticos, Gomes estima em torno de 1.000.000 de casos de traumas por queimaduras por ano, sendo que 2/3 dos mesmos são acidentais. Como cuidar dessa clientela? Qual o seu sofrimento?

Compreendendo melhor as queimaduras, segundo Gomes, Serra e Pellon (1995), a injúria por termo-agressão é uma doença aguda grave, provocadora de destruição total ou parcial da cobertura cutânea pela ação do calor. Sua evolução é *rápida, imprevisível, de natureza tóxica e infecciosa*. O trauma e a situação de crise são acompanhados pelo fator *surpresa*, pelo *imprevisto*, provocando reação emocional, considerada indutora de mais estresse.

Esses conhecimentos acerca do trauma da queimadura, e por sua complexidade, exigem, atendimento médico específico com intervenção clínica imediata e preventiva, visando o controle das alterações hemodinâmicas e metabólicas e das complicações que podem surgir em qualquer fase da evolução do tratamento. Nesse sentido, para avaliar a gravidade, o prognóstico e estabelecer uma conduta terapêutica, é necessário conhecer a etiologia das queimaduras (causas), a profundidade (I, II e III graus) e a extensão da área corporal lesada (em percentual, o grande queimado apresenta mais de 30% de área corpórea queimada, dos II e III graus) e encaminhar os procedimentos necessários a cada caso. Atualmente, a comunidade científica ligada à área de tratamento de queimados já considera que um paciente com 15% de área corporal queimada de III grau, em complexidade, é equivalente a uma queimadura do II grau com 30% de extensão, significando que quanto mais profunda a queimadura, mais complexo é o seu tratamento. A mortalidade por sepse, devido a alterações imunológicas após a lesão térmica, é estimada em 70% das causas de óbito.



Precisa-se ter em mente que uma queimadura não se restringe a uma lesão localizada, como se pode pensar à primeira vista. É muito mais que isso, porque as alterações sistêmicas e a depressão imunológica são fatores significativos que contribuem para a queda da resistência do paciente grande queimado.

Ressalte-se que quanto menor for o tempo entre o acidente e o atendimento médico especializado ao paciente injuriado por termo-agressão, maiores serão as suas chances de sobrevivência e recuperação. Fica evidente que, se este primeiro atendimento for bem conduzido, será preventivo a uma série de complicações posteriores, como por exemplo, a embolia pulmonar ou a insuficiência renal.

É do conhecimento dos profissionais da área, voltados para esses pacientes que, a partir da prevenção no primeiro atendimento, a continuidade clínica/cirúrgica é o que se pode oferecer. Nesse momento, os curativos cirúrgicos são fundamentais para a sobrevivência do paciente e realizados através da retirada de todo o tecido desvitalizado (necrosado) para sua definição, pois, nos casos de II grau, propicia a reepitelização<sup>13</sup> e nos casos de III grau, a preparação da área para as enxertias, que é a cobertura cutânea de toda a área destruída pelo fogo. Tais enxertos são provenientes de áreas sãs do próprio paciente e transferidos livremente para a área lesada.

Paralelo a isso, o suporte nutricional constitui parte importante do tratamento, vez que o paciente queimado tem um catabolismo que chega, dependendo da extensão e da profundidade das lesões (como no grande queimado), a duas vezes e meia o gasto calórico de uma pessoa sadia. É essencial o início precoce de um suporte nutricional por via de uma sonda naso-enteral<sup>14</sup>, como forma de debelar com mais presteza o alto consumo energético do paciente, como visto anteriormente. O citado procedimento provoca desconforto e angústia, sendo mais uma “agressão” inerente ao tratamento. Outra dificuldade para o paciente é o

---

<sup>13</sup> Significa restaurar o epitélio, que é a cobertura cutânea.

<sup>14</sup> Sonda de silicone, colocada pelo nariz e fixada de forma que permaneça dentro do estômago/duodeno.

tratamento fisioterápico precoce, que também beneficia sobremaneira as possíveis seqüelas motoras, exigindo mais ainda da suportabilidade do paciente frente à dor e ao sofrimento.

O conhecimento dos fatores referidos, apesar de próprios das demais especialidades, tornou-se necessário serem aqui apresentados para um entendimento melhor em relação ao comprometimento emocional que esse trauma pode causar ou desencadear no paciente. Por serem de extrema importância no tratamento do grande queimado, os procedimentos necessários são medidas agressivas, embora curativas, uma vez que demandam o limite de suportabilidade do paciente. Essas pessoas, já tão “debilitadas” e “fragilizadas”, são solicitadas a receber mais “agressão” por imposição do tratamento, num esforço sobre-humano para recuperar a saúde.

Assim, questiono o funcionamento mente/corpo: o que leva o paciente grande queimado a apropriar-se de sua força? Em que momento de sua fragilidade psíquica/orgânica ele pode perder o controle da situação e ir a óbito? O corpo detém uma verdade própria; é o campo fronteiro entre o psíquico e orgânico numa articulação dialética como fala Bacchi (1999 – p. 212): *“o corpo em si não é nem sujeito nem objeto, à medida que é habitado por uma subjetividade, que tem efeitos sobre esse corpo, determinando seu sofrimento e/ou prazer”*.

Nesse sentido, Gomes (op.cit.) enfatiza que um Centro de Queimados deve ser “alicerçado” em uma equipe coesa e dinâmica, bem como ter desenvolvido todo um preparo técnico-científico que dê sustentação a um tratamento de natureza tão complexa e demandante. O trabalho interdisciplinar no cuidado ao paciente queimado revela-se, portanto, numa dimensão de crucial importância para a sua recuperação.

Por essa perspectiva, penso em Anzieu (1989), quando se refere ao “eu pele”, dizendo tratar-se de um conjunto de peles que, no caso da queimadura, durante o tratamento, e

utilizando uma metáfora, vão dar suporte, pelo *acolhimento*: pele cuidado, pele alimento, pele movimento, pele palavra, pele escuta...

Considerando o aspecto orgânico, a pele é o revestimento do corpo e, como órgão, é o mais extenso e o primeiro a desenvolver-se no ser humano na fase embrionária, antes mesmo de outros sistemas sensoriais. É a defesa do organismo, fronteira entre o mundo interno e o exterior, considerada uma superfície de contato, tendo também a função de comunicação, visto que reage a estímulos, expressa e transmite uma linguagem. A pele nos expõe: A linguagem cutânea expressa sensações e emoções vivíveis ao observador: arrepia-se, avermelha-se, empalidece... Enfim, é na pele que evidenciam-se sinais de doenças estigmatizantes, entre elas as seqüelas de uma queimadura. Além disso, é nela que ficam registradas as primeiras sensações de conforto e desconforto das trocas ambientais, e que são incorporadas à nossa vida emocional.

A pele é fundamentalmente importante como função auxiliar do metabolismo humano e como função de defesa. Possui fatores exógenos como bactérias, fungos, parasitas, vírus, um “manto bacteriano”, próprio da sua flora, habitando. Como visto anteriormente, a pele íntegra é a primeira barreira de proteção contra a invasão das bactérias; nas lesões cutâneas provocadas por queimadura, por se tratar de um paciente imunodeprimido, conforme a extensão e a profundidade da área lesada, é considerado um paciente de alta complexidade por não conseguir defender-se dessa agressão.

Desse modo, pensando na situação de queimadura, a pele, entre todos os órgãos dos sentidos é, sem dúvida, de vital importância, visto que, com a perda da sua integridade, o ser humano não sobrevive ou corre risco de vida. Sua complexidade revela-se pelas conexões com todos os outros sentidos: tato, pressão, dor, temperatura; órgãos dos sentidos externos, tais como: visão, olfato, paladar, audição e ainda sua relação com as sensibilidades sinestésicas e de equilíbrio. Na queimadura, com a destruição da pele, seu aspecto

transforma-se: modifica a textura, a cor, a sensibilidade, o odor, a temperatura e sua fisiologia, levando o paciente a um contato com uma nova imagem corporal imperfeita, que interfere, provocando alterações comportamentais, conforme o significado pessoal e a gravidade das lesões.

Recorrendo à psicanálise, tem-se que toda função psíquica se processa a partir de uma função corporal que, através dela, passa para o plano mental. Segundo Anzieu (op.cit.), *“a instauração do Eu-pele responde à necessidade de um envelope narcísico e assegura ao aparelho psíquico a certeza e constância de um bem-estar de base”*. (p.44)

O autor afirma que a atividade psíquica encontra suporte nas diferentes funções da pele, destacando três delas:

1. bolsa que “contém e retém” o bom e o pleno experienciado na relação do bebê com a mãe, pelo aleitamento, os cuidados e o banho de palavras.
2. interface que estabelece o limite entre o mundo interior e o externo, funcionando como barreira e defesa das interferências e agressões.
3. meio primário de comunicação com o mundo e superfície de “inscrição”, de registro de tais relações.

Assim, o Eu tem a possibilidade de formar barreiras, os conhecidos mecanismos de defesas e de “filtrar trocas” com o Id, o Superego e o mundo externo, criando a possibilidade de compreender o seu estar-no-mundo.

Retomando à questão já mencionada sobre a necessidade de um trabalho interdisciplinar especializado na atenção ao paciente queimado, Werneck, Reichenhein e Carpeggiani (1995), afirmam:

*“Nos últimos anos o conhecimento médico e as técnicas cirúrgicas para tratamento de queimados evoluíram muito, permitindo um aumento significativo da sobrevivência desses pacientes. O efeito imediato destes avanços foi o reconhecimento da crescente necessidade de abordagens da queimadura sob uma ótica interdisciplinar, que dê conta também da solução das suas graves repercussões psicossociais. Assim, os esforços para integrar prevenção primária, tratamento na fase aguda, cuidados para limitar seqüelas funcionais e estéticas e suporte psicológico são essenciais para a plena reintegração do queimado ao seu meio social.”* (p.228).

No hospital, e em particular na condição de grande queimado, o sofrimento humano caracteriza-se de uma forma tal que a presença do psicólogo pode viabilizar a assistência à sua

demanda. A prática clínica psicológica, nesse contexto, tem função preventiva, porque a situação de aflição e desamparo, provocada pelo adoecimento, requer ação adequada e um trabalho diário de decodificação dessas dificuldades, possibilitando sua superação.

Atentando-se para a atuação do psicólogo como participante da equipe interdisciplinar com queimados, o sofrimento do paciente apresenta-se como preocupação fundamental no sentido de que se exacerbado, poderá ser fonte de impedimento em seu processo de recuperação. Quando atuando junto a essa equipe, o psicólogo deve estar atento ao desencadeamento das alterações orgânicas próprias da patologia, tais como quadros de agitação psicomotora, confusão mental ou estado de angústia. O profissional de saúde mental deverá ser sensível às alterações e desenvolver uma escuta que indique esse limite tênue entre a sanidade e a insanidade mental/orgânica, que podem ser ocasionadas pelas alterações de natureza infecciosa e/ou medicamentosa, uma vez que todos os sistemas estão interligado. O psicólogo, nesse contexto, inclui em seu olhar o lado orgânico na compreensão do sofrimento emocional do paciente, porque este já não consegue identificar o que é físico e o que é emocional. Para ele, tudo se centraliza no corpo, nas partes do corpo atingidas pelo fogo. Na verdade, sua dor nem é só emocional nem só orgânica, é tudo isso ao mesmo tempo.

Há, contudo, que se considerar toda a dinâmica da situação, na qual o sofrimento do paciente é potencializado pelo medo, pela dor e pelas fantasias de aniquilamento, pelo afastamento do convívio familiar e tantas outras questões de natureza existencial. Se consigo, junto com o paciente, identificar a fronteira da *dor real*, ele poderá dimensionar melhor a situação e enfrentar o tratamento. O (des)espero diante do trauma sofrido coloca-o num processo de (des)continuidade e numa condição de impossibilidade que o paralisa. As exigências da equipe em relação às necessidades do tratamento tomam proporções maiores, devido ao *pânico* que pode tomar conta do paciente. O esforço do psicólogo hospitalar, como presença e escuta, procura promover a (re)organização desse processo, no sentido de que sua

angústia, nesse momento exacerbada, possa ser minimizada através do confronto com o que está acontecendo com o seu corpo, com os seus pensamentos, com os seus sentimentos e como também nas relações com os profissionais e os outros pacientes.

Assim, ao se confrontar com sua situação e olhando com outros olhos, por outros ângulos, de outro jeito, o paciente poderá dar outro sentido, ao se (re)conhecer em seu sofrimento e compreender que sentimentos como raiva, inconformismo, pena, horror pelo acontecido, têm efeito paralisante para o processo de (re)organização emocional e enfrentamento do trauma.

Para melhor situar a nossa prática no cotidiano do C.T.Q., passo a descrever a rotina da equipe interdisciplinar: iniciamos diariamente com uma visita médica, na qual a equipe de saúde, junto com o chefe da equipe, visita os pacientes leito a leito, sendo ali discutidos e definidos procedimentos necessários ao tratamento e à condução de cada caso. Deve-se ressaltar que tais decisões vão desde ações médicas até às de quaisquer outros profissionais de saúde envolvidos, sejam enfermeiras, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, ou assistentes sociais. Nessa oportunidade, podemos emitir parecer sobre o estado emocional do paciente (resguardando o sigilo), informando ou sugerindo como, enquanto cuidadores poderemos contribuir no sentido de viabilizar atitudes mais adequadas diante do sofrimento do mesmo.

Por outro lado, o paciente é esclarecido em suas preocupações e ouvido em sua história, queixas e dúvidas sobre o tratamento. É interessante que, durante essa visita, com um paciente recém-chegado, o chefe apresente-se, fazendo o mesmo com os demais profissionais. Isso possibilita, ao mesmo tempo, um conhecimento formal e confiável sobre a atenção que o paciente receberá da equipe cuidadora.

Terminada a visita, tem início a rotina do serviço propriamente dita. Os curativos, as cirurgias, os procedimentos fisioterápicos, as mobilizações, a atenção psicológica. Retornamos um a um, ou mesmo em pequenos grupos, para os atendimentos psicológicos que

possibilitam a escuta da dor e do sofrimento do paciente. Esses atendimentos seguem a mesma rotina da enfermaria: inicialmente são diários e, muitas vezes, conforme o estado emocional e as condições de enfrentamento e adaptação do paciente até mais de uma vez por dia. Tudo depende da necessidade e do momento de cada um. Nota-se que um acontecimento na enfermaria, como por exemplo, o óbito de um paciente, altera o estado de humor dos demais, e um paciente que estava mais “confiante” em relação à sua recuperação, pode se fragilizar emocionalmente com tal fato. Outro aspecto a ressaltar é a dificuldade do paciente em relação à fisioterapia. Por vezes, nossa presença é solicitada durante os atendimentos com determinados pacientes, uma vez que a mobilização é um momento do tratamento que exige demais da suportabilidade do paciente.

É também rotina a solicitação, através do serviço social, da presença dos familiares para esclarecimentos sobre a condição do paciente, prognóstico, tratamento necessário, a situação de hospitalização do paciente, bem como por ocasião da alta hospitalar. O atendimento familiar é realizado pelo médico assistente, na nossa presença, em sala própria, quando são prestados esclarecimentos sobre o quadro clínico e, em seguida, segue-se o atendimento psicológico, possibilitando aos parentes a oportunidade de expressarem seus sentimentos em relação à condição do paciente e a repercussão emocional que o fato lhes trouxe. Essa atenção à família permanece enquanto o paciente estiver hospitalizado. Objetiva não só o apoio emocional, como a compreensão da qualidade dos vínculos afetivos familiares, e de como cada membro poderá contribuir no processo de enfrentamento da situação. Visa, acima de tudo, esclarecimentos e orientações sobre sua participação no momento da alta hospitalar. Deixa-se claro que a alta hospitalar não encerra o acontecimento traumático e que a volta do paciente ao contexto social envolve uma nova condição, que é a de ser queimado, com todas as repercussões interpessoais e psicossociais do processo de reabilitação.

Desse modo, o percurso do tratamento dos pacientes queimados é sempre acompanhado pela atenção psicológica com o objetivo de restaurar a ordem rompida em uma situação de crise, favorecendo a potencialização de recursos normalizadores e reintegrativos da experiência capazes de reduzir os efeitos do estresse causado pelo trauma da queimadura e pelas rupturas próprias da hospitalização. Ainda pode favorecer a compreensão das necessidades do tratamento, pela facilitação de uma melhor adaptação e enfrentamento da situação, tanto do paciente, como dos seus familiares, e junto à equipe de saúde como forma de se estabelecer uma melhor compreensão do aspecto emocional de determinados pacientes.

Diante do exposto, percebe-se quanto o contexto hospitalar e os acontecimentos do cotidiano da enfermaria de um C.T.Q., pela diversidade de situações, afeta a todos que nele se encontram. Os aspectos relacionados ao trauma da queimadura, à condição do paciente queimado, à hospitalização e às necessidades próprias do tratamento estão presentes também em nossa vida de profissional que cuida da dor do outro, provocando-nos inquietações que merecem atenção e cuidado. Afinal, sendo a afetabilidade própria do humano, os acontecimentos do cotidiano do trabalho, apresentam-se como uma provocação a essa condição. Tocado, como uma corda de instrumento musical, essa vibração expressa-se na sua ação responsiva – os procedimentos profissionais operacionais. É exatamente dessa perspectiva que nos deparamos com a complexidade do ser humano, e com a nossa responsabilidade de profissional cuidador da saúde, no sentido do desafio que a tarefa de cuidar nos impõe.

Nesse sentido, Anzieu, (op.cit.) também evidencia que tanto a equipe que cuida, quanto o paciente, sofrem as influências que a patologia lhes impõe. Diz ele:

*“Um serviço de grandes queimados só pode funcionar psicologicamente com o estabelecimento de mecanismos de defesas coletivos contra a fantasia da pele arrancada, irremediavelmente evocada em cada um pela situação. É, na verdade, muito tênue a margem entre arrancar os pedaços de pele morta de alguém para o seu bem e esfolar a pele viva por pura crueldade (...) Quanto aos doentes, é ouvindo suas histórias, seus problemas, é por um diálogo animado com eles que a separação entre*



*a fantasia de um escorchamento infligido com uma intenção cruel e a representação de um arrancar terapêutico da pele pode ser garantida.” (p. 238).*

Por essa compreensão e no cuidado com os pacientes, vimos que também somos tocados por esse sofrimento, por nossa condição humana. Recorro assim, a conceitos da filosofia contemporânea, inspirada em um de seus representantes, o filósofo Martin Heidegger, que em **Ser e Tempo**, seu trabalho mais importante, publicado em 1927, coloca o problema do ser ou existir num mundo entre coisas e entre outros seres, entre os quais os humanos. Esse ser-entre remete a uma condição de ser afetado e afetar provocadora de angústia, pela experiência de se perceber *sempre por se fazer para se levar adiante*. Segundo ele, estamos em permanente contato com os outros e, portanto, o ser é ser-no-mundo e ser-com, e é por essa co-existência, que se faz possível o encontrar-se a si mesmo.

Essa condição de existência relacional implica que o homem, existindo, dá sentido ao ser que ele é pelo envolvimento com as suas ocupações (tarefas) mundanas, revelando o homem como um ser preocupado. Desse modo, preocupação e ocupação referem-se ao modo de ser humano, por expressarem que a existência mostra-se como abertura, compreensão do ser e responsabilidade para responder o que o afeta (ocupação/ preocupação) e pela instauração do sentido no mundo. É por essa articulação de sentidos, surgida através da ação do homem no mundo, que se faz possível uma compreensão do modo de ser humano, em sua tarefa de ser cuidado, a fim de instaurar o sentido de existir: cuidando de si e cuidando do mundo e dos outros.

Outro pensador contemporâneo, Buzzi (1997) reafirma que a convivência entre os seres está geralmente na ocupação comum. Diz o autor: *“a convivência na ocupação comum, porém, é de fato sustentada pela preocupação. Isto significa que ocupar-se com alguma coisa é no fundo um preocupar-se”* (p. 43). A preocupação vai além das ocupações, porque nos fala da presença do outro, que, na verdade, envolve a co-existência e, desse modo, a responsabilidade e o cuidado.

Compreendendo a afetabilidade como provocadora de angústia, e esta como condição mobilizadora do cuidado, atentamos para as nossas escolhas, entre elas a de profissionais cuidadores. Encontramos no cotidiano das enfermarias do C.T.Q. , permeada pela luta constante do compromisso com a vida e a possibilidade da morte, nossa inclinação para a cura e para o cuidado, própria do ser e, aqui, dos profissionais de saúde, fonte velada de inquietações e de angústia.

Posto isso, nós, integrantes de uma equipe de saúde, cuidando dos nossos pacientes, lidando permanentemente com uma multiplicidade de afetações e pelo contato diário com a dor e com a morte, *estamos em constante sofrimento*. Esse contexto aponta a nossa *finitude*, e essa consciência poderá nos ajudar a assumir a nossa própria angústia, resignificando a nossa existência, e assim, o sentido da vida.

O conhecimento desses conceitos do pensamento heideggeriano me desperta para a compreensão da angústia como *condição mobilizadora* do cuidado. No que se refere à questão da equipe hospitalar, na tentativa de compreender o nosso trabalho, enfatizo o quanto somos afetados pelas experiências na co-existência e na dor do outro, possibilitando que nos reconheçamos seres finitos. As nossas tarefas no hospital caracterizam-se por um cuidado específico. A doença, a dor e a morte tornam nosso trabalho mais *pesado*, porque, como já dito, não estamos imunes à afetabilidade. Desse modo, podemos sofrer interferência na comunicação com o nosso paciente e até na dinâmica interacional da equipe. Segundo Sebastiani (1998), a equipe de saúde vive as mesmas angústias que os pacientes e seus familiares, com o acréscimo de um alto nível de responsabilidade, de solicitações e decisões que demandam desgaste físico e emocional. Tais exigências, associadas à velocidade dos acontecimentos na enfermaria, bem como o contato com características próprias da patologia, como a deformidade, a dor e a possibilidade de morte, tornam a nossa tarefa reconhecida como insalubre e difícil para todos nós, os cuidadores. Ficamos imersos no dia-a-dia da

prática. Tudo isso torna-se rotina, e como sofrimento emocional, pode passar despercebido por todos.

A singularidade de cada paciente que ocupa um leito na enfermaria mostra-nos a multiplicidade de fatores interacionais que podem provocar sofrimento e, muitas vezes, transformam-se em conflitos, observados na dinâmica da equipe. Em nosso contato diário com pacientes graves, desfigurados, mutilados, poliqueixosos, agressivos, deprimidos, idosos ou com os pacientes psiquiátricos, constatamos o fenômeno da afetação mútua, que é essencialmente humano, não sendo, portanto diferente no contexto em questão.

O paciente queimado, em sua aflição e na tentativa de controlar sua angústia, acaba causando dor à equipe que cuida, por não compreendermos o que se passa conosco e o que perturba a nossa “suposta serenidade”, afetando a qualidade do nosso trabalho. Assim, em todo momento, estamos nos confrontando com a nossa capacidade de tolerância e suportabilidade, tanto em relação às tarefas, propriamente, na enfermaria, quanto pela angústia provocada por afetações mútuas, próprias do humano na cotidianidade.

Nossas dificuldades em relação a alguns pacientes estão, provavelmente, no fato de existirem barreiras pessoais das quais não nos damos conta. Esse sofrimento poderá se revelar, por exemplo, com a redução na produtividade, através da diminuição da eficiência, no relacionamento difícil com os colegas, com absenteísmo elevado e até nos acidentes de trabalho. Diante da dificuldade de lidarmos com tais *incômodos*, que é a inevitável angústia de ser, fazemos, freqüentemente, uso de medicamentos, ansiolíticos e/ou hipnóticos. Não raro abusamos de bebidas alcoólicas, por exemplo, como forma velada de *encobrir* ou *aliviar* nosso sofrimento, frustrações, sentimentos como raiva, impotência e até incompetência. A morte é um acontecimento sentido como *desmoralizador*, que desafia e ultrapassa os recursos tecnológicos e a capacidade profissional de cada membro da equipe de saúde e que, muitas vezes, é considerado como *fracasso*, tanto da instituição, como dos profissionais que cuidam.

A rigor, em nossa prática, a nossa disponibilidade para responder ao que nos afeta provoca sofrimento por ser de natureza angustiante e por nos remeter à nossa condição existencial. Esse sofrimento, mesmo sendo próprio da condição humana, confunde-nos e se entrelaça com nossas limitações e incertezas diante das demandas de cura, muitas vezes frustradas, ficando presentes sentimentos como raiva, culpa ou tristeza. Por outro lado, na nossa dimensão humana e cuidando de ser, transcendemos na solicitude do outro, e isso desperta sentimentos positivos, como alegria, pela possibilidade de cuidado, sentimentos de “dever cumprido”, que é a nossa responsabilidade com o outro, e sentimentos humanitários, como respeito e solidariedade.

Dessa forma, busco compreender o sentido da nossa atitude de cuidar, enquanto profissionais de saúde, particularmente num C.T.Q., visto que o desafio dessa prática coloca-nos em contato constante com situações de vida dramáticas, com a deformidade, a dor e o sofrimento dos nossos pacientes. Fazemos reflexões sobre o que se passa conosco, dos porquês das nossas escolhas e o que esperamos alcançar com e para os nossos pacientes. Nossas ocupações não são simplesmente técnicas, como parecem à primeira vista, mas certamente envolvem uma *preocupação*, que, possivelmente, é o nosso sentido, a razão das nossas escolhas. Por outro lado, é fato que essa convivência com os (sofre)dores e o contato diário com a dor e a morte sugerem uma outra dimensão do trabalho, que dá sentido à vida, possibilitando um crescimento pessoal/profissional através do compromisso, da doação e do encontro com o outro. Por essa compreensão, sendo o cuidado próprio da condição humana, a função nobre de cuidar e possibilitar a recuperação do paciente é condição de natureza moral e ética.

Lembro um outro filósofo, Boff (1999), quando fala do cuidado como *alguma coisa maior que uma virtude*, algo como um modo de ser-no-mundo, um jeito de existir e de co-

existir e nessa com-vivência, segundo ele, está o jogo das relações humanas. Esse autor refere-se ao modo-de-ser-trabalho, dizendo:

*“O modo-de-ser-no-mundo pelo trabalho se dá na forma de inter-ação e de intervenção.(...) Pelo trabalho co-pilota o processo evolutivo, fazendo com que a natureza e a sociedade, com suas organizações,sistemas e aparatos tecnológicos entrem em simbiose e co-evoluam juntas”.* (p.93).

No mesmo percurso, Boff fala também de outro modo-de-ser-no-mundo, que é na forma de cuidado. Esse modo de ser, como no trabalho, revela-se pela com-vivência e interação. Diz ele:

*“Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele.(...) Esse modo de ser-no-mundo, na forma de cuidado, permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta. Não do valor utilitarista, só para o seu uso, mas do valor intrínseco às coisas. A partir desse valor substantivo emerge a dimensão de alteridade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade.”* (p.96).

Se em nossa dimensão humana, somos preocupação, solicitude e disponibilidade, no trabalho interdisciplinar, o fazer de um profissional se entrelaça com o do outro, e assim sucessivamente, num conjunto de múltiplas ações pertinentes ao cuidado. A nossa convivência possibilita um alento para a angústia, provocada não só pelo contexto e por procedimentos próprios do tratamento do queimado, como também pela angústia existencial da nossa condição de ser-no-mundo. Os “incômodos” são inevitáveis, visto que não fugimos da angústia. No entanto, poderemos transcendê-la através do cuidado. Em nosso caso, no âmbito hospitalar, a dimensão do trabalho encontra-se na tentativa de devolver a saúde, numa atuação não só técnico-científico, mas na procura constante de um atendimento mais completo, digno e humano aos nossos pacientes, o que, na perspectiva heideggeriana, é o cuidado.

O trabalho em equipe dá ênfase à comunicação entre os diferentes modos de cuidado. Cada momento do tratamento do paciente queimado tem sua especificidade, mas há um ponto crucial a se ressaltar: o fenômeno neurofisiológico decorrente da lesão tecidual, que é a dor

aguda. Esta é considerada um fator “complicador” tanto para o paciente quanto para a equipe que cuida. Intensa e constante, é uma experiência real, levando o paciente a centralizar sua atenção na área dolorosa exposta no corpo pela gravidade das lesões e pela exposição das terminações sensitivas superficiais. As queimaduras de III grau são indolores, devido à destruição de todas as terminações sensitivas que estão incorporadas na espessura da pele. No entanto, como as lesões não são isoladas, apresentam-se em conjunto, isto é, um ponto central profundo é rodeado de uma lesão mais superficial e de uma zona mais externa, chamada de zona de transição, com lesões de II e I graus mais profundas e dolorosas, provocando no paciente resistência à mobilização e sua aceitação ao tratamento. Nesse sentido, Anzieu (op.cit.), quando se refere ao sofrimento do paciente queimado durante o seu tratamento, afirma:

*“... a fantasia que lhes é imposta sobrecarrega sua dor física, já muito importante, com um sofrimento psíquico; o resultado desta soma fica tão insuportável que a função continente psíquico dos afetos não consegue mais se apoiar sobre a função continente de uma pele intacta. Entretanto, a pele de palavras que se tece entre o queimado e um interlocutor compreensível pode restabelecer simbolicamente uma pele psíquica continente, capaz de tornar mais tolerável a dor de uma agressão de uma pele real.” (p. 238).*

Considerando que a queimadura envolve o aspecto da dor aguda, que é real, convém também não esquecer que a dor expressa pelo paciente não é só pela agressão ao corpo, pela pele queimada, mas ainda por um conjunto de fatores de ordem emocional, sensorial e socioculturais ali envolvidos e que devem ser levados em consideração.

Torna-se, portanto, difícil para o paciente descrever sua própria dor, porque é tênue o limite entre a dor física e a repercussão que a mesma traz ao estado emocional. Do mesmo modo, é complicado, para a equipe de saúde, compreender a experiência de dor do paciente, visto que, pela subjetividade da mesma, não se pode estabelecer a intensidade e a forma de como cada sujeito enfrenta a sua dor. Essa experiência é própria de cada um, faz parte do seu universo corporal e existencial e vai depender de suas características orgânicas e únicas, da sua história e do seu contexto sociocultural, associados. Sabe-se que há relação entre a

extensão e a profundidade da lesão e a intensidade da dor<sup>15</sup>, e que só o paciente poderá comunicar o seu sofrimento. Do ponto de vista emocional, a dor é uma experiência que pode significar ameaça, solidão e dúvida, na qual a angústia e a ansiedade estão sempre presentes.

Passo a uma breve análise sobre a fisiopatologia da dor, visto que a mesma, no tratamento de queimados, apresenta-se como um fator complicador e paralisante, devido a sua intensidade. Santos (2001) lembra que consideram-se dois processos básicos: a lesão tecidual e a alteração do Sistema Nervoso Central ou Periférico. Acrescenta que, no caso das queimaduras, que operam pelo estímulo nociceptivo, ocorrem alterações bioquímicas as quais, ao mesmo tempo, “providenciam” a regeneração, isto é, a cicatrização. Os terminais nervosos são estimulados pela área lesada, bem como pelos tecidos subjacentes, e assim todo um processo orgânico responsável pelo aumento ou não da percepção da dor. Guimarães (1999), citando Mcgrath (1990/1992), nos fala sobre o tema:

*“A nocicepção é a detecção de um estímulo agressivo por terminais sensoriais e a transmissão de informações sobre a presença e qualidade desse estímulo pelas conexões sinápticas das células nervosas transmissoras, do local estimulado até o cérebro. Em outras palavras, a nocicepção é a atividade específica do sistema nervoso que viabiliza a percepção de dor que é, por sua vez, uma experiência psicológica. (...) A percepção da dor inicia-se com a aplicação de um estímulo agressivo externo ao organismo, que gera impulsos nervosos captados e conduzidos por nervos periféricos primários, os nociceptores, que sucessivamente se conectam pelas sinapses a outras classes de neurônios em uma complexa rede neural na espinha, e segue até o tálamo e o córtex no cérebro, onde a percepção da dor ocorre. Essa cadeia também acontece quando estímulos mecânicos, térmicos ou químicos ativam os nociceptores profundamente localizados na pele, vasos sanguíneos, tecidos subcutâneos, músculos, víceras, juntas e outras estruturas do organismo.” (p. 19/20).*

O uso de drogas que atuem nesses mecanismos orgânicos auxiliam bastante, minimizando o sofrimento. Por outro lado, Santos (op.cit.) também acredita que o estado emocional, o estresse, o medo, a visão do corpo, a provável desfiguração e a sensação de falta de controle da situação, contribuem para potencializar essa dor, interferindo assim no tratamento. Seus efeitos afetam o quadro geral do paciente com repercussões no sono, no

---

<sup>15</sup> Queimadura do II grau (dor), pelas terminações sensitivas expostas. E do III grau (sem dor) por destruir as terminações sensitivas.

apetite e no seu estado de humor, dificultando a recuperação, podendo até contribuir para o óbito do doente.

O fenômeno da dor, sobretudo nas queimaduras, remete-nos a questionamentos quando discutimos a “agressão” ao corpo, dada a condição de terminações sensitivas expostas da pele. Os curativos sob narcose, procedimento cirúrgico, geralmente diário, realizados sob analgesia e sedação, são feitos para a retirada do tecido desvitalizado, sendo aí observados fenômenos ambivalentes: ao mesmo tempo em que o paciente se sente “aliviado” após o curativo, porque fica mais confortável com as bandagens enxutas e o odor minimizado, sente mais dor, pois as queimaduras transformam-se em “abrasão”, provocando a sensação de que estão novamente “pegando fogo”.

Desse modo, assim como importa compreender o paciente, atentando para o lado fisiológico da dor, também se impõe considerar o quadro emocional, as circunstâncias, o momento e o contexto em que esse paciente se encontra. Ou seja: quem é esse paciente? Como ele está se relacionando com a equipe? Como está reagindo ao trauma? Quais suas expectativas em relação a esse momento?

A dor traz consigo o aspecto da subjetividade, sendo necessário se conhecer as vias de comunicação desse mal-estar. O fenômeno da dor é pouco compreendido, provavelmente pela dificuldade de integrar os aspectos físicos e psicológicos da experiência. Andrade (1998) chama atenção de que: “*uma dor aguda mais grave pode ser uma experiência emocional desesperadora*” (p. 107). Afirma que quanto maior a intensidade da dor, maior a ansiedade provocada pela situação, porque a ansiedade reduz a tolerância ao estímulo doloroso pela tensão muscular e contrações presentes nesse momento.

Compreender a doença, sua causa, a gravidade, o tratamento e o prognóstico poderá auxiliar na compreensão da dor, reduzindo essa ansiedade. O estado emocional mais comprometido pode exacerbar a dor do paciente que julga ser a doença a causa do seu



sofrimento. Ele centraliza sua atenção na dor, esperando que uma medicação seja administrada para o alívio da mesma. Para o paciente, é mais fácil falar da sua dor do que de seu sofrimento, sendo de importância para o alívio e enfrentamento da situação dolorosa, que ele consiga fazer a distinção entre ambas. O autor citado lembra ainda que, muitas vezes, isso não é possível, pela dificuldade de expressão dos sentimentos. Alguns pacientes utilizam o corpo como via de comunicação e Andrade sintetiza assim seu pensamento: “*existem pessoas que são incapazes de comunicar sua vida emocional. Como consequência, focalizam as sensações somáticas num esforço para comunicar estados emocionais internos que as mesmas não conseguem perceber.*” (p.113).

Na prática com nossos pacientes queimados, assistimos a um quadro de dor constante e intensa. No entanto, quando nos debruçamos sobre essa dor, encontramos vários significados que a acompanham. Frequentemente temos observado que, quando o paciente não associa que parte da sua dor é proveniente de seu sofrimento, tudo torna-se mais difícil, já que seu desespero fica atrelado ao aspecto puramente físico. Em sua angústia, ele só consegue olhar para o concreto, para o objetivo: o braço, a perna, a face, o curativo.... Aí está o problema! Quando o paciente é medicado, permanece o seu mal-estar, e isso faz com que ele necessite cada vez mais da droga como forma de *anestésiar* seu próprio sofrimento. Kotze (1998), citando Brown, faz uma distinção interessante entre *doença* e *enfermidade*: diz que *doença* é o estado anormal de saúde, enquanto que *enfermidade* é mais abrangente, pois fala do sofrimento que acompanha a doença. Falando da dor ou gritando de dor, o paciente pode estar comunicando seu estado de desamparo ou da necessidade de ser cuidado... Na atenção psicológica, quando ouvidos em sua dor, esses pacientes conseguem ir mais além: podem compreender que o seu inconformismo, o medo e o desespero não são propriamente decorrentes da dor, e sim da sua condição de enfermidade. Assim, o sofrimento passa a ser

expresso pelos sentimentos presentes, e a dor, que é real, deixa de ser superdimensionada, reduzindo a angústia e minimizada com o uso das drogas adequadas.

Na definição da International Association of the Study of Pain, citada por Kovács (1999), sobre a dor lê-se: “*Experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos deste.*” (p. 786).

Essa autora lembra que a equipe de saúde deve considerar que *é o paciente quem melhor sabe sobre sua dor*, quando se refere à dor física e à dor psicogênica; a última, muitas vezes, é interpretada como “criação” do paciente, não sendo considerada e até mesmo banalizada. Tal atitude de desconsideração para com sua dor psicogênica gera maior angústia no paciente, por sentir-se incompreendido e desacreditado na sua experiência de dor, que, para ele, por ainda não ter compreendido o seu sofrimento, tem intensidade e dimensão própria. Isso faz “doer” ainda mais... Desse modo, em sua aflição, o paciente, através da sua dor, sempre pode estar comunicando alguma coisa que necessita ser ouvida.

Carvalho (1999) resume claramente o fenômeno da dor quando cita a Dr<sup>a</sup> Saunders que classificou esse fenômeno, do seguinte modo:

- dor física – sensação dolorosa associada a lesões reais;
- dor psíquica – medos (do sofrimento, da morte, do desconhecido), tristeza, raiva, revolta, perdas, insegurança, incerteza, desespero, depressão;
- dor social – isolamento, rejeição, abandono, mudança de papéis, dependência, inutilidade;
- dor espiritual – falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, do submeter-se, das culpas perante Deus, busca de fé, de conforto espiritual. (p. 338/339).

Compreende-se, assim, que ao lado da dor real, o paciente está também dizendo mais alguma coisa: a dor pode estar falando de um “mal-estar” que está sendo colocado no corpo, por dificuldade do paciente de compreender o que se passa no seu mundo interior e poderá ser ouvida pela equipe e tratada através das medicações. Muitas vezes, a equipe não leva a sério porque não consegue atribuir uma razão para ela e então diz que é “invenção”, gerando mais sofrimento ao paciente pela sensação de ser incompreendido. No cuidado psicológico, na

escuta, na acolhida e apoio desse sofrimento, pode estar uma ação facilitadora do alívio, minimizando o mal-estar difuso, provocado pela “dor que dói” por não poder ser compreendida... Compreender o estado emocional junto ao aspecto fisiológico poderá auxiliar o paciente nesse momento, minimizando seu sofrimento e possibilitando um melhor enfrentamento da experiência.

Kovács (op.cit.), em sua experiência com pacientes com câncer avançado, afirma que os mesmos podem sofrer algumas “dores adicionais”. A autora refere-se a sentimentos e sensações que acredito poder também serem considerados nos casos de pacientes com outras patologias graves como a queimadura, por exemplo. Diz que o paciente pode se sentir só e abandonado em sua dor. Muitas vezes o corpo sofre alterações importantes que trazem uma sensação de degeneração e decadência, levando o paciente a não se reconhecer em seu próprio corpo. Surgem, então, angústia, sentimentos de culpa e medos, de isolamento, de abandono, de vergonha, de aniquilamento, de morte... Ouvir os relatos da experiência do paciente poderá ser benéfico no sentido de oferecer a possibilidade da manifestação do fenômeno da dor que não está só nesse corpo ferido, mas que poderá também estar nas sutilezas do psíquico, do moral e do espiritual.

Diante do exposto, na condição de grande queimado, no contexto hospitalar, na dor e no sofrimento, evidencia-se a dialética vida/morte e é nessa interface que o psicólogo e os demais profissionais de saúde confrontam-se em suas tarefas. Para Chiattonne (2000), o espaço hospitalar é o lugar onde *“a doença-vida” - é concebível, a doença-morte - é afastada.*” (p.133). Assim, permanece a luta constante entre a vida e a morte. Por um lado, a inclinação para a cura, para o cuidado, é própria dos profissionais de saúde; por outro lado, o adoecer e a morte, revelam-se como preocupação constante do ser humano, fonte de inquietação e de angústia.

A autora, quando fala da morte no contexto hospitalar, lembra que ali se define o que no dia-a-dia chamamos de “mistério”; no hospital, a morte revela-se aos olhos de todos, circula despreocupada, ronda. É presença-presente pela morte de outros pacientes e, muitas vezes, presença-ausente, como ameaça iminente. Desafia os limites dos homens, é corpórea, tem cheiro e forma. Enfrentá-la é reconhecer a impossibilidade e a finitude do existir humano. O paciente constantemente nos aponta sobre a nossa finitude, e essa consciência poderá nos ajudar a transformar, ressignificando e dando novo sentido ao viver.

#### **IV – EXPLORANDO UM CAMINHO PARA A COMPREENSÃO DA QUESTÃO: UMA METODOLOGIA “CLÍNICA” ATRAVÉS DA ANGÚSTIA E MORTE.**

Para melhor compreender sobre a angústia causada por situações de crise, que em geral são súbitas e traumáticas, bem como as consideradas “limite”, vou buscar na Psicanálise, - sem, no entanto, me deter nela - no otimismo trágico de Viktor Frankl, que transforma dor e sofrimento em esperança e responsabilidade e, no pensamento heideggeriano, o fundamento de uma parte do sofrimento do grande queimado para, em seguida, tentar compreender as suas possibilidades de enfrentamento e a **vividação**. Todos esses fatores encontram-se presentes, no processo de tratamento e hospitalização do paciente grande queimado, fonte de minhas inquietações e questionamentos desta pesquisa.

Desde a Antiguidade, a palavra *angústia* é utilizada para dizer da experiência humana de medo, ameaça, terror, desespero, desamparo, dor, agonia, luta da alma, sofrimento. Enfim, tem sempre o sentido de estado de aflição, sendo muitas vezes acompanhado de sintomas físicos. Assim, entende-se, na linguagem corriqueira, que angústia quer dizer aflição, sofrimento, aperto no coração.

No pensamento psicanalítico, a angústia é encontrada na obra de Freud, estando inter-relacionada ao processo do desenvolvimento em várias etapas. Segundo Rocha (2000), numa fase final, em 1926, no livro sobre *Inibição, Sintoma e Angústia* e na 32ª Conferência da *Nova série de conferências introdutórias à Psicanálise*, Freud considerou que a angústia não é apenas “*uma transformação da libido recalcada, mas que também poderia ser um elemento estruturante do existir humano, atribuindo-lhe uma função defensiva, diante dos perigos que ameaçam a existência.*” (p.13).

Desse modo, como sugere Rocha, (op.cit. – p.16) apesar de não aprofundar a questão, Freud pensou numa dimensão existencial humana, no que se refere ao *enigma da*

*angústia*, considerando um conceito fundamental e um dos problemas mais difíceis da existência humana.

Para a Psicanálise, é na dinâmica corpo e psiquismo que vamos encontrar a angústia, alimentada por conflitos e fantasias vindas do mundo psíquico. O autor citado esclarece que a *Angust* em Freud é uma *reação afetiva* do sujeito diante de um perigo ou ameaça que põe em prova as defesas do ego. Para ele, o que importa é compreender o que desperta o ego para utilizar suas defesas para controlar a angústia e enfrentar as situações de ameaça, como nos casos de experiências traumatizantes. A palavra *Hilflosigkeit* define o estado de incapacidade do sujeito no sentido de se auto-ajudar, caracterizando o que Freud chamou de desamparo e que aponta para a angústia da morte e do nada.

Desse modo, lembra Rocha (op.cit.–112): “*a experiência da angústia originária do desamparo e da separação terá para o recém-nascido o impacto de uma experiência de aniquilamento*” e, segundo a psicanálise, repetir-se-á na vida adulta sempre que o sujeito encontrar-se em situações de perdas e separações, sentindo-se desamparado como a criança.

Na teoria freudiana da angústia, encontra-se ainda o problema da angústia-real, (*Realangst*). Nessa forma de angústia, o perigo é real e ameaçador e vem do mundo externo, sendo, portanto, considerada uma reação normal. Numa situação de perigo, o sujeito pode apresentar uma reação, que tanto pode ser fugir, como enfrentar, sendo um movimento da *pulsão de autoconservação*. No entanto, dependendo da intensidade, esse tipo de angústia pode não funcionar como defesa e, ao contrário, tornar-se uma função paralisante, impedindo o sujeito de se defender ou fugir do perigo.

Passando dos conceitos freudianos para a Filosofia contemporânea, encontra-se em M. Heidegger a angústia como ponto central do seu pensamento. Para se chegar à angústia em Heidegger, há que se introduzir algumas idéias fundamentais para a compreensão do seu complexo pensamento. Esse filósofo fez uma releitura da história da Filosofia, imprimindo

uma marca no pensamento ocidental contemporâneo. Em **Ser e Tempo**, (1927), pensa o problema do ser, da existência e de sua verdade, interrogando sobre a dimensão existencial humana e sobre o sentido de ser. Amplia a visão de homem racional para compreender suas condições existenciais: o homem não é só razão, mas existência.

Em sua analítica existencial aponta a diferença entre *ser* e *ente*; tudo o que é, é *ente*. No entanto, diz que o *ser* não é um *ente*, mas, *um ser do ente* e só se pode pensar em *ser* como modo de ser de um *ente* particular que é o “*Dasein*”. Diz que o *ser* é puro mostrar-se e só se fala do *ser* como fenômeno. Heidegger faz a descrição fenomenológica da estrutura ontológica<sup>16</sup> do “*Dasein*”, identificando existenciais. São os existenciais co-origenários:

- *ser-no-mundo*.
- *facticidade*.
- *disposição afetiva*.

*Ser-no-mundo* ou existência é o modo de ser do *Dasein*; todos os entes *são*, mas só o homem *existe*, só ele sabe que é! Assim, o modo de ser do *Dasein* é abertura para o ser, ou seja, compreensão de ser do homem. *Ser*, portanto, no plano ontológico, significa pura possibilidade de ser, a condição de projeto irrealizável.

Outro existencial é a *facticidade*, ou seja, *ser Dasein* é ser jogado-aí, é *ser-no-mundo* e expressa a unidade da existência. Não existe homem e mundo, somos *ser-no-mundo*, inseridos num mundo pré-significado; somos lançados, não fazemos qualquer escolha. *Ser facticidade* é cair na cotidianidade, no mundo do impessoal, de todo mundo. Para Heidegger, somos projeto situado histórica e culturalmente, e isso é *facticidade*. Esse filósofo não se refere ao mundo como lugar, esse nosso mundo físico, mas a uma rede de significados, que ganha sentido à luz do projeto que cada um é. Um conjunto de aspectos históricos, sociais, econômicos, enfim, refere-se a um contexto, um cenário, onde o ser é lançado e no qual, a

---

<sup>16</sup> Tudo que se refere ao ser; a nossa condição humana.

partir daí, pode encontrar suas infinitas possibilidades. Enfatiza a existência interior e pessoal que torna cada ser único e singular.

O ser humano é o *ser-aí* (*Dasein*); é *ser-em* e *ser-com*. Para Heidegger, os seres humanos são o seu *estar-no-mundo-com-os-outros* e, portanto, ser de abertura e de relação. *Ser-em* significa abertura para ser, habitar em, estar familiarizado com, junto a, ser ocupado com. *Ser-em* é o ser da ocupação – *Bersorgen*: ocupar-se. Não se trata de atividade, mas de modo de ser, de viver na cotidianidade. Nessa perspectiva, não podemos ser sem o mundo, no mundo nos encontramos e estamos em permanente contato com os outros na co-existência. O *ser-com* é o ser da preocupação – *Firsorgen*: preocupar-se. Nesse sentido, no exercício de viver, somos ser de relação com as coisas e com os outros homens, e na tarefa de existir, somos o ser da ocupação e o ser da preocupação, respectivamente *ser-em* e *ser-com*.

Heidegger, em **Ser e Tempo** (op.cit.), diz que somos modo-de-ser e que há uma tendência constitutiva de não ser si próprio que se revela na impropriedade, que nada mais é do que a fuga da nossa própria nulidade, do ser-para-a-morte. Ser propriamente ou autenticamente é conviver com a nulidade. Somos finitude radical, e viver na impropriedade é evitar assumir já a nossa mortalidade. Para esse filósofo, a impropriedade é inevitável, mas isso não representa uma visão pessimista e sim ontológica. Esta é a nossa condição: a de finitude. No entanto, não vivemos efetivamente como mortais; estamos sempre em *queda*. Atormentadamente a angústia pode nos levar a retomar a nossa cotidianidade e ao viver inautêntico, escondendo o outro sentido duplo da angústia como possibilidade de ser, ou seja *decai de si* na impropriedade de si mesmo. Nesse modo há sempre uma possibilidade aberta de sermos mais propriamente. A existência autêntica requer um antecipar-se à morte, assumindo nossa possibilidade finita. É o ser-para-a-morte que ilumina a totalidade da vida e, nessa possibilidade radical que já é sempre nossa, encontra-se a angústia.



Heidegger diz que é a angústia que leva o homem a uma compreensão de si mesmo. O modo de encontrar-se, sua tonalidade afetiva, diz como ele se encontra no mundo – *Befindlichkeit*. Disposição afetiva é um modo de ser originário; são o medo, o tédio e a angústia. Esse filósofo chama a atenção de que o homem sempre está de algum modo, e que ser *disposição* da angústia é diferente de ser angustiado. Porque é disposição da angústia é que pode estar angustiado, podendo esta ser uma condição de determinado momento. A angústia fala da falta, porque é projeto e por ser compreensão de ser, o homem sofre e se angustia.

No pensamento heideggeriano, tarefa de ser do homem é o cuidado. O cuidado é próprio do homem, visto aqui como ser-no-mundo. Implica a possibilidade de ressignificação da existência através de um modo de ser autêntico. Existir autenticamente para o homem diz respeito a encontrar-se como *cuidado* para existir com sentido, dada, como foi visto, à sua condição de finitude. Nesse sentido, pode-se compreender o cuidado pelo viés da angústia e pelo cuidar, como condição ontológica, chega-se ao sentido da existência. Através dessa experiência, o homem, como ser finito, tenta conviver serenamente com a angústia do limite de ser, que é a possibilidade de *não-ser*, transformando-a em sentido da existência, pelo cuidado.

Etimologicamente, a palavra cuidado significa preocupação, interesse, proteção, zelo ou responsabilidade pelo outro, sendo necessário que se escolha o que se quer cuidar, para fazê-lo com amor e disponibilidade. Deve-se ressaltar que cuidado em Heidegger – *Sorge* – que significa *cura* - refere-se a uma condição ontológica, a estrutura fundamental do *ser-aí* enquanto *ser-no-mundo*. O exercício da *cura*, que é o *cuidado*, envolve, como já foi dito, *ocupação e preocupação* – *Besorgen e Fursorge*- ( **Ser e Tempo** – N 11)

Na prática clínica psicológica, na atitude de cuidado, através da escuta e do acolhimento, exercitamo-nos na experiência de alteridade, que significa cuidar de si e dos

outros, dando sentido à nossa existência. Almeida (1995), em **Cuidar de Ser: uma aproximação do pensamento Heideggeriano**, discute com clareza essa condição humana.

Diz ele:

*“O cuidado é apreendido não como algo que possamos ou não ter em determinadas situações ou setores de nossas vidas, mas como constituinte da dimensão ontológica humana; o homem não tem cuidado, é o cuidado. (p.4) e continua (...) A analítica do ser-aí, que mostra que o cuidado é o modo essencial de ser do homem, tem como tarefa preparar a problemática ontológica fundamental, isto é, o sentido de ser.” (p.19).*

Caminhando nessa perspectiva, lanço-me com um novo olhar, construindo um sentido de ser. O que importa é a orientação existencial, isto é, o destino, - sentido - que dou à minha existência, que está sob minha responsabilidade e leva a diversas possibilidades, num movimento interminável do ser-aí, que Heidegger chama de existência.

No hospital, no cotidiano das enfermarias, estamos em luta constante do compromisso com a vida e com a possibilidade de morte, e nessa inclinação para a cura e para o cuidado, estamos inevitavelmente em permanente contato com a angústia e com o desamparo. Não com a angústia paralisante, mas mobilizadora do cuidado. A doença aproxima-nos da morte, e pensar sobre a cura e a vida requer compreendermos o ser-mortal, finito. Nesse sentido e nesse contexto, poderemos compreender a morte não como falência dos órgãos, mas como uma possibilidade dentre as infinitas possibilidades do existir humano. A possibilidade da impossibilidade da sua existência, - sobrevivência - pela percepção da morte. Pasquá (1993) diz que o homem pode viver autenticamente, quando *“se der conta de que ser é ex-sistir, é cair em queda livre no nada da morte”* (p.93). Na queda o ser-aí foge da inospitalidade aberta pela angústia, indo em busca da familiaridade encontrada no cuidado cotidiano. Esse movimento constante do *Dasein*, da inospitalidade para a familiaridade, parece dar segurança e amparo, podendo transformar a angústia paralisante, como diz Heidegger, em angústia produtora, vez que ela é condição da existência humana, um modo de

encontrar-se do *Dasein*, que propicia finalmente sua singularidade. Parafrasando Almeida (1999 – p.54): *não é que tenhamos angústia, somos a angústia.*

Sendo a angústia um fenômeno essencialmente humano, e pensando no fazer clínico do psicólogo, percorrerei também o caminho desse tema via Medard Boss, psiquiatra que buscou trazer a compreensão fenomenológica da angústia em Heidegger para a escuta clínica que é acolhimento e cuidado, ou seja, estando "junto" com o outro, para que ele possa, na angústia, perceber e encontrar o sentido de ser.

Esse autor estreitou sua amizade pessoal com Heidegger por muitos anos e, nesse convívio, foi construindo novas concepções acerca da existência humana. Como psicoterapeuta, repensou as concepções da metafísica e da psicanálise, procurando, então, a compreensão dos fenômenos humanos pelo prisma da filosofia heideggeriana. De fato, sua obra foi de grande contribuição no campo da Medicina e da Psicopatologia, sendo de destaque a profunda análise que fez sobre o sentido da angústia, da culpa, da existência humana e dos conflitos do homem diante da morte.

Boss (1975) defende em sua teoria o existir integrado, referindo-se aos fenômenos físicos e psíquicos como unidade. Para ele, os fenômenos mais dominantes e significativos revelados pelo sujeito são a angústia e a culpa. Tais fenômenos são vistos, no entanto, pela Medicina e pela Psicanálise como quadros psicopatológicos. Esse autor acredita que existe uma originalidade em cada fenômeno humano e que, enquanto psicoterapeutas, precisamos abrir espaços para que *exista o que se manifesta, como aquilo que ele mesmo revela.* (p.25) Assim, diz ele, não se deve tentar explicar a priori os fenômenos da angústia e da culpa antes de interrogar e buscar compreender o seu sentido. Aquilo que pode ser percebido é chamado de fenômeno, palavra que vem do grego – *phainesthal* – que significa aquilo que se mostra e, podendo mostrar-se, abre a possibilidade do sentido.

A fonte da angústia, na perspectiva existencial, é sempre um *ataque lesivo à possibilidade do estar-aí (Dasein) humano*. (ibid. p.26), estando sempre relacionado ao desamparo, a necessidade de segurança, ao medo de extinção, ao deixar de ser... O ser humano apresenta uma angústia interna instintiva, que, na vida adulta, se revela nas fobias e nos ataques de pânico, que está ligada ao *medo da destruição e de não poder mais ser deles próprios*.(ibid p.28). Do mesmo modo, a angústia real, aquela que aflora diante de determinadas situações de perigo ou ameaça, de situações-limite ou de experiências desagradáveis, provoca no sujeito uma sensação de destruição, reveladora do medo da morte.

Nesse sentido, Boss faz reflexões respeito do tema se perguntando que, se a morte é uma certeza, então a angústia, que provoca a sensação de não-poder-mais-ser, não seria, portanto, inerente à condição humana?

Retomando a questão da originalidade, da singularidade de cada ser, pode-se observar que algumas pessoas são menos angustiadas, vivem alegremente e conseguem ser felizes e, no entanto, também têm problemas e dificuldades em suas vidas. Segundo Boss, o caminho para a libertação e compreensão da angústia está no amor. Diz que não há angústia a ser superada, mas que a libertação da angústia se dá através da alteridade, do respeito e de atitudes de amor e solicitude, chamadas por Heidegger de *cuidar do outro* e, nesse cuidado, o sentido da existência humana. Enfim, ressalta:

*(...) também parece pertencer à vida humana, este contra-poder à angústia, que se manifesta nos fenômenos do amor, da confiança e do estar abrigado. Não a coragem. Esta só está onde ainda domina a angústia. A coragem pode enfrentar a angústia. Onde não há angústia a ser superada, não é preciso coragem. Mas, onde reinam o amor, o estar-abrigado e a confiança, toda angústia pode desaparecer. (p. 33/34).*

Diante do exposto, entende-se que o autor não quer dizer com isso que aquele que ama e se sente mais confiante não sabe do *ter-que-morrer-uma-vez*, mas o compreende como uma possibilidade do ser humano, de ser finitude, representando uma experiência de

crescimento e amadurecimento, enquanto que o angustiado teme o fim do *seu-poder-existir*, e o percebe de forma catastrófica.

Nesse sentido, o ser humano, em sua experiência de amor e de confiança, mantém-se aberto à *essência total da angústia* que propicia ao ser-aí a dimensão de liberdade. A angústia libertadora abre a possibilidade do assumir-se como finitude, dando sentido à vida.

Caminhando no sentido da compreensão do pensamento heideggeriano, a angústia, como constituinte do ser, é traduzida da seguinte forma: (tradução de Stein 1990 – p. 8)

*“- é dentre todos os sentimentos e modos da existência humana, aquele que pode reconduzir o homem ao encontro de sua totalidade como ser e juntar os pedaços a que é reduzido pela imersão na monotonia e na indiferenciação na vida cotidiana. A angústia faria o homem elevar-se da traição cometida contra si mesmo, quando se deixa dominar pelas mesquinhas do dia-a-dia, até o autoconhecimento em sua dimensão mais profunda.(...) O que ameaça o angustiado – diz Heidegger – está em tudo e em lugar algum, ao mesmo tempo.”*

Heidegger enfatiza a angústia como *força propulsora de vida* e crescimento pessoal pela tentativa de se poder transcendê-la em busca do sentido de ser. Ao projetar-se no mundo, o ser não está só e sim com o outro, é um ser-com e complementando o seu pensamento:

*“Ele é um ser-com, um ser-em-comum e isso se manifesta sobretudo no trabalho, mas ainda mais profundamente na solicitude por outrem, fato que conduz ao amor e à comunicação direta. É principalmente em relação a si mesmo e a seu próprio futuro que o homem não cessa de transcender-se.”* (p.9).

Pensando no hospital, acreditamos que a angústia silenciosa e disfarçada nos afazeres da cotidianidade – em especial no tratamento do grande queimado – é aplacada pelo exercício do cuidado e na preocupação através da missão de curar.

Na clínica psicológica, no encontro, na escuta, acolhendo a dor e o sofrimento do paciente, abrem-se possibilidades na busca do sentido de ser e de viver a condição de grande queimado, e nesse acolhimento, por um lado, podemos transformar angústia em sentido da existência, através do cuidado e, por outro lado, (o do paciente) em força mobilizadora capaz de dar sentido para suportar e superar a situação-limite, pela recuperação, cicatrizando a pele queimada.

Desse modo, o ser humano, em sua existência angustiada por ser um *ser-para-a-morte*, encontra uma forma de aplacar o seu sofrimento na co-existência e no cuidado, ficando claro que o ser-no-mundo como cuidado, assume atitudes de solicitude, atenção, preocupação e sobretudo de responsabilidade com o outro. A compreensão dessa condição, inerente ao ser humano, aflora com maior intensidade nas situações em que o ser confronta-se com suas possibilidades, entre elas a sua finitude. Isso está bem claro nos casos de doença e hospitalização e situações-limite – como as queimaduras graves – requer um novo olhar da Psicologia para que o paciente possa se dar conta dessa sua condição de ser e, através do acolhimento e da escuta, perceber e se abrir para seus próprios recursos internos, que são poder transformador.

Retomando o pensamento de Boss (op.cit.), esse autor sugere que, na Medicina, onde o homem deseja curar, é importante que se compreendam os fenômenos humanos e as sutilezas próprias do existir, incluindo o morrer através da aproximação desses fenômenos pelo viés da observação do que se passa com o paciente. Propõe, ao falar sobre um método de pesquisa para os fenômenos humanos, um *modo de observar que consiste tão-somente num olhar cuidadoso e impessoal* (p. 69), o qual antes de procurar explicar, concluir ou buscar hipóteses persiga uma compreensão através de um outro olhar, contemplando para *poder perceber* o fenômeno como fenômeno próprio do existir humano. Desse modo, o *poder perceber* e um *ser acessível à compreensão do existir*, coloca-o numa condição de relação. Algo que solicita, só pode ser captado e compreendido o seu sentido quando se está “junto”, envolvido na situação de alguma forma.

Lembro o filme “Asas do Desejo”, que discute temas existenciais como o nascimento, as inquietações, as escolhas, o amor, a solidão, a felicidade, o tempo, a desilusão... enfim, discute a alma humana! É a história de um anjo que está numa posição que vê tudo de “cima”, como mero observador do mundo e dos acontecimentos. *Thea* significa

espectador, aquele que só vê por seu próprio ângulo. O que ele via não fazia sentido, porque ele não experienciava. Era preciso sair do lugar de espectador para poder sentir... Só conseguiu compreender a vida quando experimentou e constatou que tudo é possível, tornando-se então humano.

Não se está nesse mundo como anjo, como corpo inanimado ou simples observador e sim como ser de relação com aquilo que é encontrado, chama e solicita. E, mais uma vez, citando Boss:

*“O homem não existe que nem uma coisa, por si, que tem qualidades determinadas e que está num certo lugar. Pelo contrário, ele existe como um conjunto singular de possibilidades de relacionamento, possibilidades que realiza, na medida em que é solicitado pelo que encontra. Podemos dizer que o nosso existir consiste nas possibilidades de relacionamento recebidas diante daquilo que nos solicita e que nos chama.”* (p. 70).

No entanto, entre as possibilidades do existir humano, uma é fundamental e decisiva para o homem: a existência do poder-morrer. Só o homem, entre os seres vivos, tem a percepção da sua morte, é o não poder-estar-aqui, o ter-que-morrer... Aliás, o seu estar-no-mundo já inclui essa possibilidade que é ontológica e, portanto, o homem não pode ultrapassá-la. Dessa forma, parafraseando Boss (op.cit.- p.71): *“cada homem tem que morrer a sua própria morte”* e, portanto, sabendo-se mortal, se impõe uma reação que naturalmente seria a de viver “plenamente”.

Convém salientar que falar de vida remete ao ser mortal, do mesmo modo que pensar sobre a morte leva à necessidade de conhecer sobre a vida humana. O saber sobre a própria mortalidade abre a possibilidade de liberdade, de se cuidar dos modos de relacionamento com mais sentido e verdade. Isso porque percebe-se que cada momento é irrecuperável e, então, pode-se estar aberto ao que solicita e envolve. No cotidiano, o homem, frente à possibilidade da morte, tenta negá-la, principalmente, através da morte do outro, como um evento que só acontece aos outros, distanciando-se... colocando a sua mortalidade a distância. Frequentemente isso é encontrado nas profissões em que o cuidado é específico, sobretudo na

área de saúde, onde o homem deseja curar outros, *parecendo* ser o senhor da vida e da morte. A Medicina entende a transformação dos que ainda vivem para o estado inanimado: *o paciente parou...* Morrer é deixar-de-ser, e só pode ser compreendido sob o prisma da Filosofia. Pesquisas sobre o assunto geralmente tratam o aspecto psicológico sobre o morrer, sobre o que acontece com os que ainda vivem, seus medos, angústias, etc. A angústia está sempre presente quando o homem se depara com a situação de morte; no entanto algumas pessoas temem menos ou não se importam com ela... Boss (op.cit.) lembra as crianças, por ainda não compreenderem a questão do aniquilamento, ou aqueles que nas suas vidas podem estar abertos e solícitos para os significados, os que interagem e envolvem-se com o apelo das coisas, os que são livres e escolhem seus destinos, nos quais, cada acontecimento pode revelar-se como sentido.

Foi visto que a perspectiva existencial de Heidegger aponta a angústia originária como condição ontológica do ser, e que a existência autêntica acontece em *saber-se um ser-para-a-morte*. Diante da impossibilidade da existência, é o ser-para-a-morte que dá sentido à vida e, nessa possibilidade, encontra-se à angústia libertadora que confronta o homem com a sua finitude.

Por tudo isso, reportando-me ao hospital e ao significado da situação de grande queimado, a experiência de angústia emerge quando o paciente percebe-se diante do *perigo*. Essa experiência é vivida numa situação real, na qual o paciente, em sua fragilidade e numa situação-limite, depara-se com sua *facticidade*. A angústia é inevitável, sua finitude não pode ser negada, está presente no sofrimento no cotidiano da enfermagem, na *presença-ausente* da morte, quando não na *presença-presente* na morte de outros pacientes. Na angústia de ser e no adoecimento, há uma quebra da familiaridade com o cotidiano, mobilizando a experiência de estranheza e a fragilidade inerente à condição humana.



Segundo o pensamento heideggeriano, o não-se-sentir-em-casa pode provocar mais angústia e inquietação. Nesse contexto, a angústia, já inerente à condição humana, confunde-se com a situação real e a ameaça de aniquilamento que por ser tão forte e real, pode dificultar a compreensão da situação e o processo de recuperação. Nas situações-limite, o ser em sua angústia, em sua dor real e com o peso do existir que é ter-que-estar-aí-no-mundo, tem a possibilidade de re-significar a sua própria existência. Uma paciente grande queimada, internada no C.T.Q., do H.R. expressou bem sua experiência:” **Sentimos a preciosidade que é a vida...Ninguém quer morrer, quer se livrar da dor. Quem quer morrer precisa de ajuda... Precisamos de ânimo....**”

Nessa perspectiva, na nossa predisposição para o cuidado, para a cura e para o desejo de confirmar a vida, ressaltamos a experiência de alteridade, escutando o paciente, numa atitude cuidadosa, acolhendo suas necessidades e anseios. O doente, ao experienciar o adoecimento e a possibilidade de sua terminalidade, poderá encontrar sentido para a sua luta contra a enfermidade e superar sua doença. As significações dadas por ele à situação, vão nos mostrar sua condição para o enfrentamento da situação de sofrimento, própria da enfermidade.

A fim de complementar e articular tal compreensão sobre a questão, caminho em direção ao humanismo existencialista de Viktor Frankl e sua concepção sobre o sentido da vida, por acreditar que o homem, como ser responsável e consciente, é capaz de mudar o seu destino utilizando sua capacidade criativa de transformar situações de sofrimento em algo positivo. Afirma que é possível se superar o caos e apoiado na esperança, preservar a vida, possibilitando ações transformadoras que, neste trabalho com o grande queimado, cunhei de **vividação**.

Viktor Emil Frankl, médico e psicoterapeuta existencialista, enfatiza a terapia através do sentido. Em sua obra **Em busca de sentido** (1991), descreve a própria experiência como

sobrevivente no Campo de Concentração de Auschwitz, na qual diante do extremo sofrimento, consegue encontrar sentido na dor. Em seus questionamentos e como psicoterapeuta, criou a Logoterapia, por acreditar na capacidade humana de transcender as situações difíceis, despertando a capacidade de suportar o sofrimento, se necessário, encontrando nele um sentido, considerando seu modo de sofrer e agir como crescimento e amadurecimento.

Tomando como pensamento filosófico o existencialismo, Viktor Frankl procurou trabalhar com seus pacientes a capacidade de encontrar o sentido da vida, sobretudo no sofrimento e na dor, em que como ser-livre, ser-consciente e ser-responsável, deve optar e assumir atitudes, escutando a questão do sentido dessa experiência, por mais insuportável que lhe pareça. Esse confronto com o sentido da vida descentraliza os mecanismos retroalimentadores, chamando atenção para a capacidade humana de superação das dificuldades da existência.

Nos conceitos fundamentais da Logoterapia, a vontade de sentido é, para Frankl, (1991) a motivação primária da vida humana. Para ele, *a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano*. Esse sentido é singular e só sustentará a vontade de sentido se for tão importante que tenha efeito de *força transformadora*, inexplicável, sendo considerado pelo autor, o que existe de mais genuíno no ser humano. Muitas vezes o paciente está preso à *frustração existencial*, ou seja, ao sentimento de incapacidade de utilizar sua força transformadora. Diz ele:

*“A frustração existencial em si mesma não é patológica nem patogênica. A preocupação ou mesmo o desespero da pessoa se a sua vida vale a pena ser vivida é uma angústia existencial, mas de forma alguma uma doença mental.”* (p.94).

O autor enfatiza que a busca de sentido pode causar inquietações e estado de tensão interior, mas que é própria do ser humano e contribui para a superação de dificuldades. A Noodinâmica (dinâmica existencial) acontece num campo polarizado de tensão, no qual, em

um pólo, estaria o sentido a ser realizado e, no outro, a pessoa que pretende alcançá-lo. Acredita que essa dinâmica é pessoal e transitória; o que chama atenção é que o mais importante não é o sentido da vida de um modo geral, mas qual o *sentido específico* dado a determinadas situações em determinados momentos da existência.

Compreende-se, assim, que cada pessoa assume atitudes diante das situações apresentadas, sendo responsável por elas e pela sua própria vida; as abordagens existenciais acreditam na responsabilidade e no poder de escolha como a essência da existência humana. Isso facilita a ampliação do campo visual do paciente, ficando o mesmo consciente de suas opções e possibilidades.

Frankl (1990), em seu percurso teórico, considera que o homem pode encontrar caminhos a partir de si mesmo e de reflexões sobre sua própria condição no mundo para dar sentido à vida. Observa três possibilidades fundamentais: o trabalho, o amor e sofrimento. Para ele, essas possibilidades tornam o homem capaz de enfrentar as dificuldades da vida pelo sentido dado a mesma.: *“Virtualmente, a vida é plena de sentido sob qualquer condição e em todas as circunstâncias, ainda as mais lastimáveis.”* (p.24).

Desenvolvendo mais sobre a questão, busquei a compreensão da palavra FINIS, que significa as metas que dão sentido à luta existencial do homem e que o sustenta enquanto ser-no-mundo. A realização pelo trabalho, criando ou praticando uma ação produtiva de sentido, remete também ao cuidado, em Heidegger, e ao sentido que dá à existência. Por outro lado, Frankl acredita que existe um outro pilar de sustentação que é a possibilidade de experienciar o amor, no sentido pessoal e amplo, através de ações-amorosas durante a existência. Isso significa conhecer o amor, tê-lo dentro de si, sentido profundamente, para poder se disponibilizar e oferecê-lo aos outros. Tal possibilidade também acontece no modo de acolhimento e escuta, que é atitude de amor e que flui no encontro terapêutico, no relacionamento de ajuda, na prática clínica.

Volto à questão do sofrimento como uma outra possibilidade de sentido e que durante a existência é inevitável. O homem é surpreendido por situações de fatalidade ou *condenado* a enfrentar uma situação que não pode ser mudada. Frankl (1990,1991) enfatiza o *potencial especificamente humano* que pode transformar um acontecimento traumático em conquista humana. Isso quer dizer que se pode até sofrer, mas que o sofrimento tem um sentido. O autor, no relato de sua experiência como prisioneiro, perguntava-se:

*“Será que tem sentido todo esse sofrimento, toda essa morte ao nosso redor? Caso contrário, não faz sentido sobreviver; uma vida cujo sentido depende de semelhante eventualidade – escapar ou não escapar – em última análise, nem valeria a pena ser vivida.”* (p.103).

Caminhando nessa perspectiva, chego à compreensão do *otimismo trágico* de Frankl (1991,1992), cujo pensamento defende que o ser humano pode permanecer otimista diante das adversidades da existência. Fala da capacidade de cada um transformar criativamente situações de sofrimento em algo positivo ou construtivo. Traz à discussão aspectos da existência humana, *a tríade trágica*: dor, culpa e morte. Assim, a dor é inerente à nossa existência, sendo necessário transformá-la para transcendê-la. Podemos dar sentido ao sofrimento e conduzir a situação em direção a novas possibilidades, pelo poder de transformar e transcender. Desse modo, mantém-se a capacidade de enfrentar a situação. O mais importante é saber como sofrer quando é necessário, como enfrentar a situação que não pode ser mudada, e que a pessoa possa se fortalecer e erguer-se da maior dificuldade.

Finalmente, o autor chama atenção da singularidade, da história pessoal, na qual o sentido da vida é algo incondicional, próprio de cada pessoa. Isso garante a dignidade humana e, em situações-limite, de extremo sofrimento, a capacidade de se permanecer como é, buscando uma saída. Encontrar o seu sentido de vida ajuda a manter a esperança; é necessário continuar vivo, dizendo *sim à vida*.

## **V – OUVINDO CLINICAMENTE A DOR E A CRISE DO GRANDE QUEIMADO HOSPITALIZADO.**

Em minhas inquietações, e através da escuta e do acolhimento da dor e do sofrimento do grande queimado e da disponibilidade da equipe cuidadora, foram se construindo as possibilidades sobre o que penso/sinto em relação à **vividação**. Neste momento, falar sobre o meu caminho é dizer do modo como me aproximei e me distanciei dos meus entrevistados, como psicóloga/pesquisadora.

Esta pesquisa foi realizada no cotidiano da minha prática e possibilitou-me encaminhar o *sentido do que faço e de como faço*. Esse percurso passa pela compreensão do que se passa com o outro, em um momento de ameaça e sofrimento, além de indicar a força encontrada para o enfrentamento da situação limite em que se acham os pacientes grandes queimados. Por outro lado, ouvir os meus colegas de trabalho, a voz de cada um e a de todos permitiu-me mais concretamente, ocupar o mesmo lugar que eles, revelando-me o sentido de ser psicóloga/cuidadora, preocupada com a minha tarefa de ser, percebendo o sofrimento e a morte, presentes a todo instante a me provocar.

Escolhi quatro entre os meus pacientes “grande queimado” para ouvir suas histórias, e o que eles experienciaram durante a hospitalização nos momentos mais críticos. Procurei, nas entrevistas com eles, o sentido de ser grande queimado, suas experiências do trauma até a recuperação, e a que eles atribuem a própria recuperação.

Do mesmo modo, fui ao encontro de respostas à minha inquietação junto aos colegas, profissionais-chave no tratamento do paciente queimado. Foram entrevistados um cirurgião, um clínico/intensivista, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e uma fisioterapeuta, buscando o que eles percebem que se passa com o paciente no limite entre o viver e o morrer. As entrevistas aconteceram de forma espontânea, dando-me não só a oportunidade de uma conversa livre sobre o que pensa e sente cada um, mas, acima de tudo, possibilitou-me

aprender, no sentido de cada depoimento, o que também é meu. Transitando, por esses relatos, à medida que os escutava, identificava também o meu envolvimento e movimento *desesperado* em acreditar e cuidar do outro, apostando em suas possibilidades de reagir ao trauma.

Foram, no total, dez depoimentos, seguindo os parâmetros da pesquisa qualitativa, que é uma pesquisa de opinião, em busca de resposta para minha grande interrogação: *como o paciente grande queimado vive a experiência da vividação?*

O grande queimado precisa de força para suportar o tratamento e o sofrimento causado pelo contato com seu corpo ferido e desfigurado. Sua dor, só ele sabe... Nesse contexto ímpar e de tamanha gravidade, evidencia-se a necessidade de uma ação interdisciplinar de ajuda, numa tentativa de evitar complicações inerentes à patologia. Com igual importância, impõe-se a recuperação do equilíbrio emocional, perdido por ocasião da experiência do trauma agudo.

A metodologia escolhida para compreender os recursos psicológicos utilizados pelo paciente grande queimado na sua experiência de enfrentamento do trauma físico foi encontrada no âmbito da pesquisa qualitativa. Nesse momento, enquanto psicóloga do C.T.Q. e pesquisadora, procurei uma compreensão do meu cotidiano no hospital, junto ao paciente grande queimado, no limite entre o viver e o morrer, respaldada no método fenomenológico. Esse método possibilitou-me refletir sobre a forma e os conteúdos da referida situação que, articulada com minha questão, conduziu-me mostrando o caminho de *como* a experiência, nesse contexto, acontece. Assim, pensando fenomenologicamente sobre a minha prática clínica, estou cuidando, e cuidar é ouvir o que o outro tem a dizer, atentando sobre que sentido tem para sua experiência aquilo que faço e aquilo que pode dar sentido à *vividação*. Nessa perspectiva, o olhar fenomenológico foi um desafio, perseguindo o desvelamento da experiência do paciente e das ações clínicas de todos os cuidadores a eles dirigidas.

Pensar no fazer clínico, no sentido fenomenológico, refere-se à reflexão da ação em situação, ou seja, a experiência do ser em situação e sua relação com o os outros e com o mundo. Existimos como seres humanos na coexistência, numa relação com o mundo pelo qual o fenômeno desse existir pode revelar-se e mostrar-se com um sentido. Colher tais depoimentos significou para mim, como cuidador, estar cada vez mais perto daquele que se encontra em situação de aflição e sofrimento. Mergulhar com os meus pacientes nesse mistério, tentando compreender o que se passa na situação-limite, coloca-me com ele e igual a ele e, nesse sentir com o outro, afetando e sendo afetada, poder compreender o sentido do enfrentamento em situações de extrema aflição e fragilidade.

Seguindo a experiência dos pacientes, - e a dos meus colegas -, permiti-me uma aproximação e um distanciamento necessários à reflexão e compreensão do sentido da **vividação**.

Pinel (2000) sensibiliza-me quando descreve essa atitude, enfatizando o surpreender-se na experiência:

*“Envolvimento existencial. Distanciamento reflexivo. Experiência-surpresa repentina na realidade de pessoas que pensam sentem e atuam. Emersão repentina diante do meu olhar. Momentos didaticamente divididos, mas que, na prática se inter-relacionam revertendo-se, ora é um, ora é outro. Estar aberto a ser envolvido, a ser distanciado, experimentar, surpreender-se, descobrir. Refletir foi apreender o sentido, foi quando aspectos da obra foram por mim iluminados e me iluminaram.” (p.27).*

Nesse sentido, M. Ponty (1971) fala da reflexividade da consciência, referindo-se também a essa afetação mútua, que se diz do fato de um e outro serem tocados pela experiência. Trabalhando com pesquisa, estou refletindo sobre aquilo que percebo, comunicando tal reflexão e como ela foi se processando e sendo apreendida em mim. Esse autor enfatiza a riqueza da percepção; só poderei falar de uma situação, sendo afetada por ela. Não seria esse também o sentido da entrevista?

Do mesmo modo, Critelli (1996) aponta para a questão do olhar interrogador do pesquisador, afirmando que aquilo que ele quer compreender, *também deve ser interrogado fenomenologicamente, em busca de sentido*. (p.134).

Tecendo comentários sobre o olhar do interrogador, a autora diz:

*“Porque o interrogador faz parte daquilo que é interrogado e porque o que é em manifestação se manifesta de diversas maneiras, tudo o que toca o interrogador, o que aparece a ele, mesmo que sejam lembranças, sensações, e que pareça ser irrelevante deve ser levado em conta. Através de qualquer coisa, do que quer que seja, o sentido procurado pode se revelar.”* (p.135).

Nessa perspectiva, desenvolvi uma metodologia própria para este trabalho. Na situação do encontro, a minha questão foi me conduzindo através das entrevistas gravadas com o paciente, no leito hospitalar, e previamente autorizadas (termo de consentimento livre e esclarecido – anexo I). Durante as entrevistas, pude seguir a experiência do paciente diante da vivência do adoecer e dos acontecimentos da enfermaria em relação ao seu tratamento. Acompanhar e acolher sua narrativa foi, um modo possível de tentar compreendê-la, *perseguindo* a busca do seu sentido.

Exploro a palavra pesquisa que vem de per-seguire, significando: per = através de, por entre e seguire = rastrear, seguir os vestígios.

Em meu percurso, por *entre* os depoimentos, seguindo os vestígios das narrativas, procurei compreender acerca da situação-limite do grande queimado, ressaltando a particularidade da doença aguda e a possibilidade de superá-la ou não, se o paciente, junto à atuação interdisciplinar, disponibilizar-se para o tratamento, cuidando de si.

Recorri aos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração, na cidade do Recife, PE, onde exerço minha prática profissional. Escolhi, em meu cotidiano, na enfermaria do C.T.Q., pacientes diagnosticados como grande queimado, que sofreram queimadura acidental, de ambos os sexos, com idade entre vinte e quarenta anos



e que não apresentavam outra doença de base<sup>17</sup>, uma vez que isso é considerado fator complicador no tratamento. Da mesma forma, a escolha da idade deveu-se ao fato de ser ela intermediária de risco em relação à probabilidade de sobrevivência, podendo os recursos do paciente, nessa condição, serem fator importante em sua recuperação.

É relevante, ainda, esclarecer a escolha pelos pacientes com queimadura acidental. Ela se deveu ao fato de que outros elementos poderiam estar presentes, caso fossem incorporadas as situações de tentativas de suicídio; da mesma forma, pensei em não incluir pacientes com outros fatores de agravamento. Isso porque visava compreender o enfrentamento do trauma físico como decorrência de circunstância de vida, ou seja, como acontecimento.

Na situação-limite do trauma agudo, o paciente corre grande risco de vida, inerente à patologia, sendo esse primeiro momento de importância no que se refere às intervenções da equipe médica. Superada a fase, permanece o risco; no entanto, sua disponibilidade e participação no tratamento são elementos cruciais no sentido da sua recuperação. Desse modo, cunhei o termo **vividação**, referindo-me ao conjunto de ações nas quais o *movimento* do paciente é fundamental ao tratamento pela necessidade de cicatrização das suas lesões, sua participação poderá ser decisiva nesse processo, apesar da extrema dor de tal situação de injúria física.

Penso que conhecer tais ações implica ouvir a experiência, considerando que cada ser doente e sua doença tem *estreitas relações* com o seu jeito de ser e com a sua historicidade. Parti, então, da consideração de ser o paciente situado no mundo-com-os-outros. Pergunto-me se a superação poderá acontecer pelo *movimento*, ou seja, na *ação* não somente decorrente da atuação clínico/cirúrgica, mas também por um *movimento* desse ser/paciente, de seu interesse

---

<sup>17</sup> É a patologia que promove a vinda de um paciente a um serviço de atendimento médico-hospitalar.

e empenho para a cura, que poderá repercutir em seu corpo através da cicatrização da própria pele.

Nesse contexto, compreendo que crise é uma interrupção da historicidade, um momento de desordem. Superá-la implica ser necessário um resgate dessa historicidade, para que o paciente se abra para a possibilidade de dar continuidade à vida sob outra perspectiva. Penso na prática clínica psicológica como uma atividade específica de cuidado, um encontro interpessoal que permite, nesse caso, a reflexão e a percepção do sentido atribuído pelo paciente à sua doença. Tal atenção poderá, também, possibilitar o resgate da “reserva de vida” abalada pelo trauma da queimadura.

Por ocorrer esse encontro no momento da interrupção, e na tentativa de compreender o que se passa com o paciente, busquei o auxílio das narrativas. O paciente é um narrador, e a narrativa tem como fonte a experiência elaborada no vivido da situação, que só ele poderá comunicar. Os gestos, as palavras, os silêncios revelam-se significativos. É **ação** e comunicação, produzindo-se a partir da elaboração da experiência, *articulando afeto e cognição*. O narrador conta a sua história via um trabalho artesanal de comunicação, constituindo-se por esse tecer a narrativa que tem, na experiência, a sua matéria-prima. Escutar os depoimentos e descrever a fala do paciente foi uma forma de ouvir e apreender como a sua experiência foi elaborada e modulada dentro da situação.

Desse modo, a narrativa se oferece pela tessitura da comunicação da experiência vivida, no sentido benjaminiano, que considera a arte de narrar como uma forma de *intercambiar experiência* através da comunicação. Walter Benjamin (1985) define o narrador como um sábio, que recorre não só à sua experiência, como também a dos outros, deslocando-se para várias posições, interpenetrando e deixando-se penetrar: “o narrador retira da experiência o que ele conta: a própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência de seus ouvintes.” (p.201). Assim, as narrativas favorecem o

resgate do ser humano em sua historicidade, trazendo consigo marcas do convívio social e dos valores culturais, expressos através das lembranças, dos gestos e das palavras, numa comunicação da sua própria existência e de sua forma de significar a vida.

Carvalho (1999), citando Benjamin, fala das formas de comunicação das narrativas:

*“Benjamin elucida ainda a inteireza do narrador, que unia sua corporeidade àquilo que comunicava. Como ainda não havia uma forte cisão entre movimento corporal e pensamentos, entre trabalho manual e intelectual, a comunicação era mais inteira. Nesse sentido, é que Benjamin nos fala de uma comunicação que ocorria artesanalmente, já que envolvia um movimento integrado que unia mãos, olhos e alma.”* (p.372).

No hospital, com a escuta clínica, ressalto a importância da comunicação oral que favorece a elaboração das questões do paciente, de sua experiência pessoal e coletiva, possibilitando a construção e a compreensão do sentido dado à vida. Através da narrativa, o paciente expressa sua historicidade e o sofrimento inerente à condição de ser-doente, dependente, afastado da família, de suas atividades e do convívio social.

Sendo assim, pela narrativa do paciente, há uma elaboração que não é só intelectual, pois o seu relato é mais do que descrever, do que contar: envolve a capacidade de transmitir a *corporeidade do si-mesmo* daquilo que é narrado. Nesse contexto, a narrativa contempla a atenção psicológica que se dirige à experiência. Durante sua hospitalização e através das entrevistas, o paciente pode contar como foi afetado, compreendendo e ressignificando o seu adoecer.

Considerando tal possibilidade, ouvir o que o outro tem a me dizer é prática clínica e, enquanto psicólogo/pesquisador, estive atenta ao sentido da minha clínica e de como essa prática se revelou através da experiência narrada pelo paciente. Procurei me desprender da racionalidade para incorporar e tecer artesanalmente as compreensões acerca do que estava ouvindo, apreendendo o sentido que isso tinha para mim, para poder contar de novo, uma vez que sou também narrador.

Assim, ressalto a importância de olhar a *multiplicidade* de acontecimentos para não perder algo que poderia encaminhar minha compreensão, Não me limitei a olhar apenas o que me interessava, mas, ouvindo a experiência do outro, também me encontrei diante do que penso/sinto enquanto pessoa.

Caminhando com o paciente, durante as entrevistas, o que foi por ele narrado poderá revelar-se como via de acesso e de comunicação, provavelmente evidenciando recursos psicológicos que possui e de como seria possível potencializar a **vividação**. Procurei compreender a experiência do paciente no contato com a possibilidade de ação no sentido do enfrentamento e superação da condição de ser grande queimado.

Ao retomar a situação do grande queimado, gostaria de esclarecer que, superada a fase aguda, estando num momento de cicatrização e próximo à enxertia das lesões, pedi ao paciente que me respondesse à seguinte pergunta disparadora: **De tudo que você passou até agora, poderia me falar sobre a sua experiência de recuperação ?** Por meio dessa pergunta, busquei a possibilidade de apreender aquilo que procurei compreender, sem apontar uma direção. Ela mostra uma intenção, servindo de encaminhamento à reflexão por querer circunscrever o narrador na esfera de sua experiência. Esse método funcionou como uma moldura de limite que norteou o que eu gostaria de compreender, ao mesmo tempo, em que me ofereceu mais clareza sobre a minha questão.

Diante de uma pergunta disparadora, revela-se o registro da experiência. Como psicólogo/pesquisador terei o recorte do seguimento da vida do paciente, relativa e provisória, que nesta pesquisa diz respeito à experiência de ser grande queimado e de ter superado uma situação-limite.

Na mesma direção, foram colhidos depoimentos com profissionais-chave no processo da recuperação do paciente, sendo feita a eles a seguinte pergunta disparadora: **Em**

**sua experiência com paciente grande queimado, o que você percebe que se passa com ele na situação-limite entre o viver e o morrer ?**

Cada entrevista, realizada no próprio contexto da enfermagem, deixou-me livre e aberta para ouvir e ver sinais que também revelavam *o não dito*. A tonalidade da voz, os silêncios, as reticências, o modo de ser e de reagir de cada um, enfim, esse não dito que também me falou da emoção e do envolvimento com a situação.

Nos procedimentos de compreensão do que foi colhido, passei a fazer uma “leitura” do todo das narrativas. Escutei várias vezes e sentia o que estava sendo comunicado para, em seguida, transcrever os relatos orais sob forma de um texto escrito, a fim de modelar a trajetória do paciente do trauma à recuperação, bem como o que pensa/sente a equipe hospitalar, implicada na situação.

Na tentativa de clarificar os conteúdos ali presentes, foi feita a textualização dos depoimentos, possibilitando-me a transformar em texto as falas dos depoentes. Revelaram estes as expressões originais da forma como foi comunicada, não me afastando, no entanto, das sutilezas do que me foi revelado na entrelinhas de cada depoimento. Em outros momentos, apresentei apenas fragmentos dos mesmos, procurando enriquecer o texto com aquilo que eles queriam me comunicar e que, a partir daí, passarei a contar.

Prossigui meu caminho com uma leitura cuidadosa desses depoimentos, procurando apreender o sentido ali revelado.

A seguir, apresentei aos entrevistados os seus depoimentos já textualizados, para que pudessem neles se reconhecer, podendo acrescentar algo ou modificá-los de forma a torná-los fidedignos e representativos do que gostariam de explicitar. Legitimavam-se, assim, as entrevistas como depoimentos.

Concluída essa etapa, passei a dialogar com os depoimentos, buscando entender o que continham e o que poderiam me revelar sobre os recursos psicológicos utilizado pelos

pacientes e o que os conduziria ou não à superação, expressa pela cicatrização de sua pele e de uma disponibilidade para a recuperação do trauma físico. Do mesmo modo, foram feitas reflexões acerca da prática psicológica e da ação clínica dos demais cuidadores, no processo de **vividação**, partindo da experiência então narrada.

Finalmente, entreguei-me a reflexões acerca dos sentidos das narrativas a mim confiadas, tentando captar o que me revelavam e me apontavam. Que direções cada paciente em sua singularidade pode dar à sua situação? O modo de enfrentar uma situação-limite são guias de sentido a que os seres humanos recorrem para superar um trauma como o de ser grande queimado?

Retomo aqueles quatro modos de enfrentamento citados anteriormente, (espírito de luta, estoicismo, negação e desespero/desesperança), tentando identificá-los nesses depoimentos. Envolve-me mais ainda, para ouvir mais e mais o que me dizem Vitor Frankl e Heidegger sobre vontade de sentido e existência, respectivamente. Contudo, aumentam as minhas interrogações. Penso em angústia e desamparo, em vontade de sentido, espírito de luta, esperança, cuidado...penso na vida...na morte! Só me resta com e por eles compreender a experiência e continuar a encaminhar o sentido deste trabalho.

## **VI – CUIDANDO DO SOFRIMENTO E DESAMPARO DO GRANDE QUEIMADO: UMA COMPREENSÃO POSSÍVEL.**

Neste capítulo, passo a refletir sobre o que se revela nas entrevistas realizadas com os pacientes, percorrendo um caminho compreensivo dos depoimentos por eles oferecidos, a fim de procurar o sentido atribuído ao seu sofrimento, desamparo e recuperação. Do mesmo modo, procuro tecer considerações sobre o que me diz o “olhar” dos cuidadores e o que eles percebem em suas experiências com os pacientes, a doença, o tratamento, a aflição e a dor na situação-limite de ser grande queimado. Em cada depoimento dos pacientes e dos profissionais, uma voz emocionada sugere-me o sentido dado à situação e, diante de tantas dificuldades, faz-me pensar que este poderia estar num conjunto de ações e de vontade que possibilitaria **vividação**.

Articulando esses depoimentos com que falam os grandes teóricos do “cuidado”, poderei chegar a uma compreensão de como os nossos pacientes, em sua experiência de sofrimento e desamparo, conseguem enfrentar o tratamento e sobreviver ao trauma da queimadura.

A leitura de algumas obras de Viktor Frankl despertou em mim grande interesse, não só pela forma como descreve o sofrimento humano nas situações de adversidade, como pela possibilidade de superá-la. À medida que fui lendo **Em busca de sentido**, (1991), parecia que conhecia aquelas cenas, principalmente os sentimentos, as reações, o que pode pensar uma pessoa naquela situação, porque, trabalhando num Centro de Tratamento de Queimados, aproximo o sofrimento do grande queimado com aquilo que esse autor me comunica. É, muito semelhante, muito próximo do que observo/sinto/acompanho em minha enfermaria, cuidando dos meus pacientes. Fui fazendo articulações... Essa obra, fala do sentido do sofrimento, da força necessária e da dignidade do ser humano. Sua narrativa é para mim familiar: fala da

existência nua e crua, a condição humana diante do caos, que, percebo, sensibiliza-me profundamente.

Em seu relato, Frankl descreve as *estratégias de preservação*, do que resta de vida e das chances de sobreviver, talvez em circunstâncias diferentes, mas com a mesma ameaça de aniquilamento que a doença aguda, – no caso, a queimadura grave – pode despertar, e que pode ser superada com a ajuda de sentimentos positivos que viabilizem o suportar do insuportável. O ser humano precisa de ajuda para ver um sentido maior em seu sofrimento. Lembro aqui o que me revelou um paciente grande queimado, acompanhado no C.T.Q.: **“é nesse momento que a gente descobre a reserva de força, e acho que tudo que recebemos ajuda muito, mas só cada um pode dar uma direção à recuperação...”**

O autor evocado, fala da existência num momento de extremo sofrimento, em que *sobreviver é encontrar sentido na dor* e cita Nietzsche: *“Quem tem por que viver agüenta quase todo como”* . (p.75). Na queimadura grave, tudo leva o paciente a desistir de lutar. Ele fica por *um fiozinho de vida* diante de sua própria fragilidade pelo trauma sofrido e confronto com a dor e a morte.

No mesmo sentido, Frankl refere-se à condição de horror experienciada pelo prisioneiro, pelas condições ambientais, orgânicas e emocionais. Enfatizo o quanto é semelhante à situação do grande queimado, pelo corpo sem pele, sangrando, desfigurado, estranho para si mesmo e para os outros. É freqüente as mulheres mostrarem fotos anteriores ao acidente. Elas precisam ver como eram, precisam se reconhecer nessas fotos e recuperar a auto-imagem, danificada pela queimadura. Dizem: **“esta sou eu... eu era assim...”**

Como num campo de concentração, a situação de queimadura grave impõe o confronto com a condição humana de verdadeira fragilidade e como diz o autor: *“Nada possuímos a não ser, literalmente, nossa existência nua e crua.”* (p.25). Pensando na minha enfermaria, o paciente, perde sua familiaridade procura algo para se apoiar, perde suas vestes,



fica nu diante de todos. Isso quase não importa, a agonia é maior, o contato com um corpo queimado, ferido... Cada curativo deixa o corpo mais doído, porque é preciso limpar a ferida.

Severino, 32 anos, participante desta pesquisa, traz a experiência viva dos dias de sofrimento como grande queimado. Sofreu queimadura por chama direta, I, II, e III graus, em 36% de área corpórea, na face, tronco, tórax, membros superiores e membros inferiores, circular.

Em seu acidente, ficou queimado, tentando salvar uma pessoa querida das chamas. Em nosso primeiro atendimento, o mesmo apresentava-se confuso, não conseguindo coordenar direito seus pensamentos diante do acontecimento traumático. Expressou intenso sofrimento em relação à sua situação, bem como a da pessoa querida. Encontrava-se chocado, em cada encontro contava a sua história viva, com muito sentimento:

**(...)“foi uma agonia...eu não conseguia entrar... o calor era imenso...foi uma coisa tão feia...nunca estive tão perto... .. nunca imaginei que isso acontecesse comigo... .. foi tão ruim...não sei te explicar... não sei... .. não consigo pensar em nada...!!! ninguém conseguiu salvar... .. o fogo avançava... .. não consigo, por mais que eu tentasse! O fogo... o mesmo que querer passar por uma porta e ela não abrir... chegava perto... voltava... até o chão... o chão estava quente! ... .. eu pensava que o pior momento de minha vida fosse aquele! ... que eu vi o fogo... foi horrível, o pior momento! Sinto confusão na cabeça... vazio... como se estivesse perdido”... ..(..)**

A tragédia, como em outros casos semelhantes, sensibilizou a equipe que logo o acolheu e mobilizou-se no sentido das ações necessárias ao tratamento. A família sente esse acolhimento, há um interesse de todos pelo o caso.

**(..)“me sinto só... quero sair daqui...é porque estou sozinho... quero saber de todos os detalhes... como aconteceu... quero perguntar a quem estava mais próximo... àqueles que ajudaram a apagar o fogo... quero saber... estou angustiado... .. isso fica na**

**cabeça da gente, o sentimento é muito forte...o que aconteceu? Como aconteceu? ... Por quê? ... por quê comigo?... a cabeça vazia... procurando uma explicação ... uma resposta ...(...)**

O paciente conseguia expressar seu sofrimento dia após dia, fazendo reflexões acerca da vida e do sentido da vida quando se perde uma pessoa querida em circunstâncias tão dramáticas e comunica sua dor:

**(...) “foi tão rápido, ela não teve a oportunidade de viver... nem de sofrer como estou sofrendo... ... dá um certo alívio... até quanto tempo vou ficar nesse sofrimento? Nessa dor... já faz quinze dias!... sei que estou muito melhor... eu sei que é muito grave... o dr. já me explicou tudo... mas... tenho medo... ... medo de quanto tempo vou passar aqui... estou impaciente... dor no pé... em todo canto! Não consigo dormir por causa da dor, da posição... quero descansar um pouquinho e não consigo... tem hora que eu... eu sei que vou conseguir... tem outra hora que eu acho que não vou conseguir... olho minhas pernas... minhas pernas... parece que estão amarradas com corda... parece que vai explodir... meu Deus do céu... ...a sensação é horrível... parece cordas...hor...hor...hor... (gestos de aperto) de um canto à outro... apertando... apertando... é muita dor... tem hora que dá vontade de desistir!... é muita dor... só tenho vontade de desistir... ontem eu sofri... ... acho que se eu morresse acabava com esse sofrimento... por que é muita dor! Ontem eu pensei em morrer ... deu vontade... ... mas hoje... hoje acordei mas comecei a mexer as mãos... os pés... tirar da cama... ontem eu caminhei um pouquinho... dei dois passos... ... foi muito difícil... muito... muito... e agora: saí do leito para a cadeira, também foi muito difícil! Agora estou procurando uma posição para botar meu pé e não consigo... ... aquele banho (curativo) é uma tortura ... só aquela maca ... meu Deus! ... quando vou ... parece que vou morrer... ...” (...)**

Ouço seu sofrimento. Em seu drama desvelou sentimentos e sentidos, empenho e (des)empenho. Lentamente foi recuperando, superando seus limites, enfrentando sua dor, que era tanto física quanto psíquica, oscilando entre sua fragilidade e a busca de sentido, de uma força maior. Uma dor que só ele podia sentir, uma experiência solitária e intransferível! Escutei com profunda atenção o que me dizia. O modo como direcionou cada encontro terapêutico possibilitou-lhe uma compreensão da sua dor, despertando sentido?

**(...)“Saí da cama com sacrifício ... fiquei aborrecido, mas foi melhor... sofrimento ... queria sair depois do banho ... mas ele (o dr.) ... NÃO! depois ele veio ... conversou ... daquele jeito dele ... de... falou sério ... fica difícil dizer não ... então, vamos lá vamos embora! ... mas a dor é muito grande ... acho que é insuportável ...insuportável!...”**  
 (...)

Os atendimentos foram diários, muito pôde me comunicar sobre sua dor. Próximo à enxertia, respondeu à minha pergunta disparadora:

**(...) “ primeiramente Deus... Vocês me ajudando porque eu não tinha força de vontade para nada... .. primeiramente Deus, depois a equipe... forçando tudo... Depois fui eu... que a senhora passou segurança e isso em cada dia me levou a acreditar que era possível! ... .. é isso... é isso que eu levo.”** (...)

O drama do paciente desperta em mim uma necessidade de estar junto, de mostrar que ele não está só. Fui ouvindo com o coração, com presença e respeito profundos. Seus sentimentos, que pareciam vagos, sufocadores e incompreensíveis, foram ficando mais nítidos... esse parece ser o movimento de todos da equipe, cada um do seu jeito, com sua tarefa... Estamos ali para cuidar e, cuidando, podemos despertar vontade de sentido? Em seu depoimento diz “primeiramente Deus”...força maior? “ Depois a equipe e depois eu”... quando se sentiu mais confiante, acreditou que era possível!

Frankl (op.cit.) fala das reações psicológicas em três fases distintas: inicialmente o choque e o desespero (crise), apatia, insensibilidade emocional e o momento após a liberdade.

O autor relata o primeiro momento, o de choque, da seguinte forma:

*“Face a situação sem saída, ao perigo de morte a nos espreitar a cada dia, a cada hora e minuto, face à proximidade da morte de outros, da maioria, era natural que quase todos pensassem em suicídio, mesmo que apenas por um momento.” (p. 27).*

De modo semelhante, acontece na enfermaria de queimados, que, como descrevi no depoimento acima, tem a particularidade desses pacientes serem amparados pelo cuidado da equipe e apoio dos familiares. No entanto, o desespero é intenso, e os paciente podem apresentar reações distintas como forma de expressar o insuportável: pedem para morrer, como recusa ao tratamento, e dizem: **“ me mate... me mate logo...”**, **“me deixe morrer... me deixe morrer”**... reagem dessa forma para fugir da dor, por interpretar que estão sendo maltratados, não compreendendo ainda o sofrimento inerente à patologia e às necessidades do tratamento.

Outra reação freqüente é, quando entram em desespero, a de quererem ir embora. Isso acontece pela dificuldade de enfrentar sua própria tragédia e julgam que podem se tratar em casa. Esses pacientes são em geral os mais graves, os que não conseguem se mobilizar, nem alimentar-se, e que, pela dor, não suportam nem que se toque neles. O pavor da situação faz com que percam a capacidade de avaliar o grau de dependência e gravidade em que se encontram. Querem fugir do insuportável e dizem: **“prefiro morrer em casa!”** ou **“vou para outro hospital, ou tem um posto perto da minha casa...”** ou **“minha cunhada é enfermeira e pode cuidar de mim...”**, ou ainda, **“não fico mais aqui de jeito nenhum”**.

Esse momento é crucial para o que chamo o momento da *virada* em direção à recuperação. Procuo compreender o que acontece com os meus pacientes! É necessário que eles participem e responsabilizem-se por parte do tratamento, colaborando com a equipe cuidadora. O médico diz com palavras, e a credibilidade da equipe que cuida interfere na

conduta e na compreensão do paciente. A verdade precisa ser objetivada já que a sua dor continua e o mal-estar permanece. O paciente precisa compreender para colaborar com o tratamento.

Descrevo a seguir o depoimento de uma participante: Ana, paciente grande queimado, 40 anos, queimadura por carboreto, 32% de área corpórea queimada, I, II, III graus na face, pescoço, membro superior esquerdo + membro inferior esquerdo (circular) + membro inferior direito.

Durante a hospitalização, a paciente demonstrou intolerância ao sofrimento provocado pela patologia e pelo tratamento. Isso também se reflete na equipe que “parece” não suportar os queixumes e as permanentes solicitações. Em sua angústia, durante nossas entrevistas, revelava sentir medo de lembrar tudo por causa da dor. Nos nossos primeiros atendimentos expressa-se da seguinte forma:

**(...) “as pessoas reclamam... .. dizem que sou inquieta! É ruim, querer fazer xixi... chamo e não vem ninguém! ... eu não suporto... .. quero ir para casa... não fico aqui de jeito nenhum... .. tenho certeza, que meu filho vai me tirar daqui!... em casa tenho muita gente que cuide de mim... .. tomo remédio e fico boa!... telefone pro meu filho...” (...)**

As explicações médicas não funcionam; a equipe não a convence de nada. Mostra-se irredutível... Diz: **(...) “com Jesus, nada vai me acontecer... Jesus me disse que eu posso ir para casa... para ele nada é impossível.” (...)**

Nos atendimentos, mostra-se agitada, angustiada, chora, esfrega os olhos, passa as mãos nos cabelos. Ouço o seu desespero... fala do desconforto, da dor, dos seus medos... pensa no acidente...

**(...) “o acidente... .. não gosto de lembrar... me dá medo...” (...)**

medo?

(...) **“Medo de lembrar da dor ... é a dor que me assusta... ela vem e passa um tempo por causa do remédio forte... e vem... e vem o tempo todo assim... ..**

**elas acham que faço isso porque quero! ... todas as pessoas me pedem... elas pensam que sou a mais mole... sei lá... a mais mole sou eu! ” (...)**

Elas pensam... e você, o que acha?

(...) **“eu tenho certeza absoluta que não sou mole. Eu já passei por cada barreira... sei não... só Jesus...! eu queria ser como aquele homem, andar...” (...)**

(aponta um queimado que não tem lesão nas pernas).

Sua queimadura das pernas dificulta o seu movimento, não é? Parece que é mais difícil...

(...) **“aí é que tá, não é doutora? ... aí é que tá... elas acham que não!.. .. quer comparar um corpo queimado para cima, com um corpo queimado para baixo?... .. o problema é esse!.. as pernas ficam pesadas... (...)**

Lentamente vai saindo, vai melhorando. Confusa, alterna entre suportar e não suportar... Fica relembando tudo o que passou, sua agonia, diz que sente vergonha, de ser tão queixosa, **“mas era muita dor!”** justifica! Vergonha por não ser tão forte, pela impaciência e pouca tolerância. Relembra coisas e situações semelhantes de dor, onde ocorria o mesmo. Parece às vezes “vitimizar-se”. Ouço seu choro, sua tragédia me atrai e me afasta pelo “drama” que revela. Outras vezes refere-se a todos “ironicamente”...

Em relação à pergunta disparadora responde :

(...) **“olhe, doutora, a gente com Jesus, tudo a gente vence ... .. Só a misericórdia de Deus e o carinho das pessoas... só isso... .. Não gosto de ver ninguém sofrendo... o meu sofrimento fica pra mim... fica pra mim... .. doutora, quando eu entrei aqui... .. eu pensei não sair... eu pensei assim: se é o meu dia... se Deus me quer agora... então ...não posso fazer nada... tenho que me pegar com Ele! Queria terminar de criar**

**meus filhos e uma neta que eu adoro...mas... graças a Deus... Jesus foi me curando... me curando... e, com a ajuda de todos,... estou aqui!**

E a sua parte?

**Minha parte foi uma merreca... acho que minha parte foi uma merreca... eu não andava... mas eu tinha muita vontade de ficar boa... sair caminhando... andar normal. Eu sabia o que tinha, ficava com um desgosto! Eu sabia o que estava sofrendo, uma dor no peito, tinha vontade e tinha fé também...” (...)**

Compreendi, e segundo Frankl é comum, que as pessoas em suas dificuldades, utilizem as *estratégias de preservação*. Entre elas está o interesse religioso, como forma de alimentar a esperança e procurar força. Vem como busca de amparo, de pertença, de poder divino. Deus é pai e protege... Essa força representa a liberdade espiritual e riqueza de vida interior, como se abrissem a possibilidade de se refugiar nesse campo. Compreendo que tal refúgio abriga a angústia e o desamparo e, nesse momento, pode ser força, a mesma que eles colocam na equipe por se sentirem incapazes de enfrentarem sozinhos esse sofrimento. Quando os pacientes buscam a força maior em Deus, é difícil para mim. Trabalhar com as questões religiosas dos pacientes deixa-me muito cuidadosa; sinto que a fé das pessoas em casos de doença grave ocupa um lugar de “última saída”, o “milagre”. O milagre acontece pela fé, crer para ver... No entanto, é preciso despertar nos pacientes que sua participação é importantíssima para o tratamento. Quando colocam essa força em outro lugar, tendem a se acomodar – esse talvez seja para mim um grande sofrimento: não contar com a força deles, porque não assumem a responsabilidade... O meu trabalho consiste em poder cuidar do outro pelo viés da angústia e do desamparo, buscando no paciente uma força transformadora, e se ele não se apropria da situação, não compreende, dificulta o tratamento pelo inconformismo e inaceitação. Quando dizem: “eu aceito!”, fica mais fácil: é sua responsabilidade, é nossa responsabilidade.

Frankl (op.cit.) destaca como outra fase, diante de uma situação-limite, a apatia ou indiferença: *“A pessoa aos poucos vai morrendo interiormente.”*(p.29) Essa fase também identifico no grande queimado: ele se entrega à situação, espera ser cuidado. O impacto não é só psicológico, é principalmente orgânico e real. A apatia é o principal sintoma dessa fase, sendo necessária uma equipe estimulada, firme e coesa nas decisões, para que o paciente possa acreditar e aderir ao tratamento. De qualquer forma, há um mecanismo de autoproteção do psique, necessário para suportar a situação, que reduz a percepção da realidade, ficando sua atenção e seus sentimentos voltados para a sobrevivência. Essa apatia fala da desesperança e é transitória pela urgência em ações que promovam o restabelecimento da saúde. Segue-se então uma série de experiências próprias do momento: o contato com o corpo modificado, doído, frágil. Citando Frankl (op.cit.): *“Na realidade, esse corpo aí, o meu corpo, já não passa de um cadáver. O que éramos ainda?”* (p.37).

No caso do nosso paciente grande queimado, fazemos o mesmo paralelo; ver o corpo, sentir o odor, o desconforto, o sangue, a sensação de continuar queimando... um corpo desfigurado... Como num campo de concentração, o organismo consome a própria proteína, a musculatura vai definhando. Na terminologia médica, trata-se de *auto-canibalismo*, freqüente no grande queimado como o paciente José, cujo depoimento passo agora a descrever.

Esse paciente grande queimado foi vítima de queimadura por álcool, em 48% de área corporal. Apresentou queimaduras do I, II, e III graus na face, tórax (circular) e membros superiores. É grave, seu tratamento é longo e exaustivo, ultrapassa os 70 dias, com retornos para novas enxertias.

No meu primeiro contato com ele paciente, identifico que o mesmo encontra-se bastante inquieto, algo agitado e angustiado diante do impacto do trauma sofrido, reação própria do queimado. Nos atendimentos seguintes refere-se em grande parte do tempo, ao desconforto, evitando olhar para as pessoas e comunicar-se com elas. Esse tipo de paciente



me provoca, preciso muito compreender o que se passa com ele, procuro uma forma de cuidar. Mesmo quando parece mais aberto ao contato, diz: (falando baixo) (...) **“sou um homem sem estudo e não quero incomodar ninguém... não quero ficar devendo nada a ninguém...”** (...) José, aos poucos, consegue estabelecer melhores trocas com a equipe, olhando e esboçando um sorriso. Para mim, é um desafio! Não consigo ainda mergulhar em seus sentimentos. Mostra-se apático, com comunicação reservada... Sinto que deseja corresponder à minha presença e solicitações. No tratamento, é colaborativo, respondendo, no entanto, apenas ao que lhe é exigido.

Segui, diariamente e até mais vezes, como presença e acolhimento. Algumas vezes, essa presença foi “sutil”, por intuir, acreditar que eu poderia me “surpreender”, que ele responderia. Não queria desistir, sentia que ele, apesar de não “mergulhar” comigo, estabelecia uma comunicação que não era verbal.

José vai agravando até chegar a gravíssimo... tem alterações esperadas, inclusive problemas respiratórios, que é muito angustiante. Algumas vezes, expressa desespero, outras vezes, ao contrário, quer passar a maior parte do tempo dormindo, sente-se frágil... No décimo primeiro dia de hospitalização, extremamente angustiado, pede para morrer! (...) **“me dê uma injeção para morrer, me mate logo... eu não suporto tanta dor!...”** (...) Nesse momento está sem condições de refletir sobre seu sofrimento, quer fugir da dor.

Dias e dias em seu sofrimento, quase não fala. Parece “indiferente”, aceita minha presença, mas é monossilábico. Em sua gravidade, reage com muito sacrifício, fica sentado, fala de sua agonia, do seu cansaço...

(...) **“vocês estão perdendo tempo... perdendo tempo...”**

perdendo tempo?

**“é, eu não vou melhorar.. estão perdendo tempo”**

você não quer melhorar?

“**quero...**” (diz acenando com a cabeça).

E então?... Nós não desistimos...e você? Quer desistir? Ajude a gente a cuidar de você...

“**estou muito fraco... quero me deitar...**”

Sinto que ele vai sair... estou sempre por perto. Muitas vezes apenas trocamos um olhar. Seria essa uma comunicação de amparo e confiança?

Vinte e quatro dias de luta. José apresenta-se frágil, semblante apático, responde simplesmente ao que lhe é perguntado. A equipe não desiste! Todos mobilizados, exigindo. Trinta dias... agora parece reagir. O que aconteceu? Parece que é a *virada!* O que aconteceu no lado orgânico nessa *virada?* Programada enxertia, já não tem a sonda naso-gástrica, perdeu muito peso, – é normal –, está mais esperto, mais colaborativo.

Fizemos a pergunta disparadora:

De tudo que você passou até agora, poderia me falar sobre a sua experiência de recuperação?

(acena a cabeça) “**parece que evolui... é a Medicina não é? foi muita dor.. .desespero... muito desespero... .. Já passei muita dificuldade... mas não assim... .. Vocês cuidaram de mim... .. é assim mesmo! A vida tem coisas boas e coisas ruins...**”

Mais boas ou ruins?

(sorri...) “**mais boas!...**”

e isso ajuda a enfrentar as ruins?

“**Tem que enfrentar, não é? ... pensar que existe coisa boa!... a vida... a saúde...**”

José é mais um paciente que me surpreende como ser humano; surpreende-me porque parece que ultrapassa os próprios limites em sua apatia – como dizia a equipe: “na dele”. Só fazia quando solicitado e foi reagindo, fazendo a parte dele... Demonstrou força e, ao mesmo tempo, como se não fosse merecedor de cuidados. Durante os atendimentos,

mostrou-se receptivo, embora com seu jeito reservado. Lentamente foi se recuperando. Muitas vezes mostrou-se sem condições de refletir sobre o seu momento e nossa comunicação fazia-se de várias outras formas: um olhar, a presença durante um curativo ou durante a fisioterapia, um cumprimento de longe...indicava a minha disponibilidade e a disponibilidade da equipe. Havia “algo” que, apesar de não dito por ele, era compreendido por mim como: “**não me deixe desanimar... fique perto**”. É possível que isso tenha sido significativo para ele, potencializando recursos adaptativos e normalizadores, bem como a formação de vínculos de confiança e acolhimento da sua dor. Em mim sempre presente a vontade de cuidar, de dizer que ele não estava só...

Na teoria frankliana, são encontradas outras alternativas que vêm suprir a necessidade de amparo. O amor, enquanto essência espiritual, pode ser positivo. A lembrança de alguém ou o refugio no passado alimentam a esperança e servem para escapar do “vazio” do momento atual. Também no hospital recorro à força da vida, a lembrança de um filho, da família ou procuro em sua história pessoal o jeito com que o paciente enfrenta suas dificuldades, lançando-o à responsabilidade, como forma de fazê-lo se “esforçar” no tratamento. Observo que a saudade da família e o querer voltar para casa são fortes e passo a utilizá-los como mais um recurso determinante de **vividação**.

Frankl destacou também como mecanismo de proteção, a vontade de humor e colocar-se “acima” da situação. Diz ainda que o sofrimento muito intenso pode, às vezes, transformar um acontecimento “insignificante” em grande, pela necessidade de ter alegria, sentimento incoerente com o seu contexto atual.

A apatia e a irritabilidade têm causas orgânicas e emocionais, devendo ser vistas com cuidado, considerando-se o ser-em-situação. Frankl ainda ressalta a importância da liberdade interior como uma conquista que nos torna dignos por conseguirmos permanecer humanos, mesmo diante do maior sofrimento. Diz ele: “*se é que a vida tem sentido, também o*

*sofrimento necessariamente o terá.(...) Aflição e morte fazem parte da existência como um todo.”(p.67).*

Nesse sentido, chama atenção de que, na vida, manter a liberdade interior, mesmo diante do sofrimento, mostra que a pessoa pode ser mais forte que os acontecimentos externos, ou seja, enfrentar a dor – mesmo que a situação leve à morte – de cabeça erguida e com dignidade. Para ele, só sobrevive às situações-limite quem não se entrega espiritual e humanamente, acreditando na “existência provisória”, na questão da esperança, da solidariedade, para ultrapassar o sofrimento. É importante se poder vislumbrar o final de uma situação, ter uma meta, um fim a alcançar - FINIS - palavra latina que significa fim e meta. Vislumbrar um futuro melhor, com consciência de que precisa lutar, modifica toda uma estrutura da vida interior.

Julio foi mais um dos participantes grande queimado, com um modo de enfrentamento que, pensamos, possivelmente o ajudou a sobreviver. Sofreu queimadura por chama (tiner), I , II, III graus no tórax, membro superior direito, flanco direito até o dorso e membro inferior direito. 33% de área corpórea.

O espírito de luta que demonstrou foi estimulante para a equipe. Apostava em nós! Apostávamos nele! Era colaborador, participava ativamente do tratamento. E estávamos todos ali, cercando, cercando, atentos a qualquer alteração, lutando contra a morte! Ficou gravíssimo, ficamos angustiados. Não podia ser... todo o nosso investimento...tudo estava sendo feito para que isso não acontecesse. A luta foi de todos: *da equipe e da família, do paciente*, sem muita condição. Foram dias de expectativa e enfim, *a virada...* Julio foi saindo, saindo, conseguia expressar seu sofrimento e preocupação, mas sempre otimista em relação ao tratamento.

No décimo sétimo dia de hospitalização, pós-enxertia, gravei seu depoimento. Respondendo à nossa pergunta disparadora diz:

□ (...) “é ... em primeiro lugar, a solidariedade que a gente busca nas pessoas, o que elas podem nos dar. Quando cheguei aqui...muito apavorado, todo ensangüentado, não sabia direito o que estava acontecendo; não sabia a gravidade das minhas lesões. Então as pessoas cuidaram de mim com muito carinho, com muita atenção... logo na noite em que eu cheguei.

No dia seguinte, apareceu dois anjos da guarda: a senhora e o dr. chefe... e tantas outras pessoas... Cada dia chegava um... ... e encontrei também muita sinceridade, e talvez seja esse um dos pontos principais do meu querer... ... ficar bom: foi saber o que eu realmente tinha... quando se esconde... fica muitas dúvidas! Eu senti realmente medo... mas sabia que estava nas mãos de pessoas competentes, que mostraram competência até hoje... Então isso foi uma parte... E quando eu pensava no H.R. (serviço público)... se pensa que a pessoa chega aqui e depois morre. E não é assim... Esse é um ponto.

Outro ponto é que eu cresci, como ser humano. Eu vi que a vida me deu algo muito forte como agora... ficar entre a vida e a morte... ... eu mudei muito como ser humano!...

Outro ponto é a minha família... meu filho... minha esposa... minha mãe; foi difícil ficar afastado! Foi fundamental a presença deles e de todos, porque apesar de não demonstrar, no fundo, eu tinha medo... medo de morrer, não é? ... Era muito importante a presença de papai... vinha aquele medo, mas eles diziam: você não pode faltar... naquela hora era difícil, ... .. mas eles me lembravam! Eu lutei com unhas e dentes para conseguir chegar... minha casa... estudo...

□ Aqui você lutou com unhas e dentes?

□ Exatamente! Não abandonei a luta... também porque eles me lembravam. Meu pai pediu que eu tenha força! Dizia: “ tire de dentro de você aquilo que você sempre

**teve em sua vida...” Enfim, minha esposa... vocês... e acima de tudo, a força do nosso Pai maior, Deus!**

**Tudo o que eu recebi foi mais um remédio que não está na farmácia... e o que mais me impressionou foi a solidariedade. Acima de tudo as pessoas...a solidariedade foi muito grande... eu descobri muitas coisas nesse momento difícil... que talvez na minha vida toda eu não iria descobrir... .. (...)**

Ouçó Julio e compreendo o que ele me diz: fala da força que vem do outro, do valor das trocas, da confiança, da solidariedade, do amor, da esperança. Ele se sentiu acolhido e amparado quando frágil, quando atingido gravemente pela queimadura. E, apoiado nessa força, pôde “ir buscar” dentro de si mesmo a força que sempre teve...

Lembrando a situação do grande queimado pela agressão ao corpo, pela condição orgânica, o paciente pode *desacreditar* que pode superar, pela falta de perspectiva de futuro, o paciente pode não reagir ao tratamento e se entregar à morte. Frankl, (op.cit.) enfatiza esse aspecto dizendo:

*“Quem conhece as estreitas relações existentes entre o estado emocional de uma pessoa e as condições de imunidade do organismo compreenderá os efeitos fatais que poderá ter a súbita entrega ao desespero e ao desânimo.” (p.75).*

Essa citação me remete a muitos dos nossos pacientes que sobreviveram, mas impõe-se mais intensa a lembrança daqueles outros que, independente do que pudemos fazer por eles e estar com eles, foram-se com a morte...

As situações repetem-se anos a fio, queimaduras semelhantes, na etiologia, na profundidade e na extensão das áreas queimadas, os mais diversos acidentes, acidente automobilístico, explosão com pólvora, gás butano, explosão com álcool, gasolina, tiner, piche, as mais diversas complicações orgânicas! Tudo tão igual e ao mesmo tempo, tão distinto... O mesmo modo de tratamento clínico/cirúrgico, *um saber que não se sabe*, porque nada é igual. O paciente é uma surpresa! Sigo o seu percurso sem saber onde vamos e se

vamos conseguir concretizar o ideal de cura. Esse é o meu sofrimento: minhas possibilidades e impossibilidades... Com ele, sou apenas escuta e presença, na sua agonia e na sua dor. Escuta não só do que ele me fala, mas do que ele pode expressar pelo corpo, nos gestos, expressões, no olhar. Presença, no acolhimento, afetando e sendo afetada constantemente. Cada queimadura tem um nome, é própria de cada paciente. Cada paciente é único, singular no seu sentir, com suas oportunidades, possibilidades...e impossibilidades.

Nesse momento, lembro-me de um dos nossos pacientes que não conseguiu sobreviver: Pedro, 23 anos, queimadura por choque elétrico, com I , II, e III graus, 50% de área corpórea queimada. O acidente aconteceu no dia nove; onze dias de hospitalização.

Paciente do interior do Estado, não se encontrava acompanhado pelos familiares. Sofreu queimadura por choque elétrico quando ajudava o irmão numa tarefa em casa. Na primeira entrevista encontrava-se sob o impacto do trauma, algo agitado, muitas dores e sede, natural na situação. Disse que **“inventou de se meter a eletricista”**. Nossos atendimentos eram diários, estabeleceu bom contato, expressou intenso sofrimento. Esperava o nascimento do seu segundo filho afirmando que gostaria de estar com sua mulher e de segurar o filho no colo, num movimento para a vida...

Nos primeiros dias estava atento às necessidades do tratamento e as suas dificuldades. Saber da sua gravidade ajudava a assumir compromisso com o tratamento e com a vida.

Revelava que já passou muitas dificuldades na vida. No quinto dia, fez questionamentos sobre o tempo, começou a mostrar-se inquieto. Poliqueixoso, não suportava o “desconforto” da situação. Reconhecia-se como grave e afirmava que a cada dia estava piorando. Solicitava ha todo momento soluções “rápidas” da equipe. Dizia: **“Estou todo quebrado”**... **“Estou pior...”** ...**“muita sede ... muita sede ...”** estaria até aqui, lutando pela vida ? Nessa luta, demonstrava (des)espero...(des)acreditava...

Pedro foi agravando e, junto com ele, o seu humor. Foi afundando, não parecia reunir forças para lutar! A equipe, como em outros casos semelhantes, não conseguia se afastar. É o nosso desespero... empenho máximo, tudo sob controle... sob controle? Este é o momento da *virada*?

Encontrava-se extremamente ferido, agredido em seu corpo, cada dia referindo que estava pior. Era estimulado por todos, no sentido da luta, da compreensão das necessidades do momento. Já não conseguia falar sobre sua vida, seus projetos, visita dos familiares, já não importava... Só conseguia entrar em contato com o desespero, não demonstrava mais interesse por nada, apenas o sofrimento, grande cansaço, pela dificuldade respiratória, pelas complicações orgânicas, pelo (des)espero? Nesse estado de comprometimento, enfatizava: **“secura por dentro”** – pela condição de grande queimado ou pela ausência de possibilidade de vida? Mostrava-se largado em seu sofrimento, derrotado, sem condições de continuar lutando...

No dia dezoito, foi sedado e entubado, pelas dificuldades, pelo seu quadro geral. A equipe continuava a luta; o paciente já não participava! Foi mais um recurso, mais uma tentativa. O limite da Medicina, o limite do paciente: a morte escapa da nossa vontade, da vontade do paciente... como tudo aconteceu? E a **vividação**?

Contar minha experiência com esses pacientes é dizer que sofro com eles. Quando o paciente agrava, fica muito difícil para todos. A equipe se “desespera” no sentido do que ainda pode ser feito, não mede esforços... Observo, acompanho com os olhos, com minha emoção, fico de longe. Já não posso falar com ele: está sedado. Fica a esperança, aposto junto com a minha equipe, sofro junto com ela! Vou para casa tensa, apreensiva... será que ele vai sair? Será que amanhã estará vivo?

Pedro foi a óbito na madrugada do dia vinte. O dia seguinte... ficou a sensação de “dever cumprido” e, no rosto de todos, a sensação de impotência, o desgaste, a luta, a nossa



fragilidade, o que escapa do nosso controle. Saímos do lugar do poder, do lugar do saber e ficamos ali, vazios, humanos, apenas humanos. Não somos nada além de humanos cuidando de outros humanos. Só nos resta continuar, recomeçar a cada dia nossa tarefa, cuidando dos nossos pacientes e felizes com a possibilidade de poder cuidar e, muitas vezes, comemorarmos a vida com a recuperação dos nossos pacientes.

Finalmente, a última fase descrita por Frankl, que é após a libertação – no nosso caso, a alta hospitalar. Na verdade estamos falando do *sobreviver*. Para ele, é ainda um momento de sofrimento e amargura, devido às “marcas” e os “perigos psicológicos”, porque a tensão foi intensa. *É necessário aprender de novo a alegrar-se*. Podem surgir sentimentos de tristeza, decepção, insegurança vez que a pessoa se sente à mercê do destino, sem o comando dos acontecimentos. É a consciência da *imprevisibilidade* da vida. No entanto, depois de tanto sofrimento, em sua experiência, o ser humano, não tem medo de mais nada... Lembro neste momento o que me disse uma paciente: **aqui talvez eu tenha melhorado numa coisa: eu era muito medrosa, tinha medo de tudo, agora... estou vendo que a gente só morre no dia, quando tem que morrer... perdi o medo, não tenho medo de nada!**

Concluindo minhas reflexões, procurei mostrar o que pude ver/sentir/aprender com meus pacientes, em minha prática e com seus depoimentos como *sobreviventes* de queimaduras graves à luz da tese do otimismo trágico de Viktor Frankl.

Continuando a ouvir o que os depoimentos revelam, segui textualizando, escutando as narrativas dos meus colegas entrevistados, que chamei de profissionais-chave e que responderam sobre o que eles percebem/sentem que se passa com os pacientes nessa situação-limite de ser grande queimado. Fui ouvindo com atenção para fazer uma compreensão resumida da voz de cada um e de todos, de como cada um compreende e me conta sobre a força, a coragem e a esperança do paciente para sobreviver. Como título de cada depoimento, coloquei uma frase que nos indica o jeito de ser/ pensar/sentir de cada um dos depoentes.

- **“quando o paciente não quer, mesmo que a equipe invista 100%, não adianta!”**

**“uma coisa que eu sinto é que muitas vezes, à medida que ele vai piorando, vai colocando cada vez mais nas mãos dos profissionais a responsabilidade pelas coisas... porque ele vai vendo as dificuldades e que o esforço dele tem um limite... à medida que ele vai agravando... ele não vai conseguindo... concorrer de forma positiva com a patologia. Não concorre! É nesse momento que ele começa a botar a esperança das reações dele na equipe. Ele espera que a equipe faça alguma coisa que ele deveria fazer, mas não está conseguindo...”**

**Se a equipe é uma equipe experiente e passa ao paciente todas as informações sobre o tratamento, sobre o que vai acontecer,... o paciente começa a depositar uma confiança nessa equipe, porque ele foi informado das dificuldades. Isso facilita muito o enfrentamento desses obstáculos... e... na hora que ele começa a enfrentar essas dificuldades por ele e quando começa a ultrapassá-los, ele vai criando uma confiança maior nele e vai recuperando.**

**Essa recuperação independente da equipe é única e exclusivamente crédito do paciente. A equipe entrou com a informação e com os recursos técnicos e o paciente com a re-ação! Acho que se o paciente fica à mercê de eternas incertezas, está fadado a dar errado porque ele não sabe qual caminho seguir – daí o papel das informações e dos vínculos de confiança.**

**O doente grave... ele passa por estágios interessantes... que oscilam entre suportar o sofrimento e ultrapassá-lo. É assim: ele tem arroubos de desejos de ficar bom e de repressão imediata, quando vê que já faz uma semana, por exemplo, e a melhora que ele está sentindo é muito pouca, e ele não sabe se vai ter capacidade de suportar aquilo tudo. Então, veja bem: a equipe tem que estar muito ciente de não entregar os pontos. O doente é que pode entregar... a equipe não!... Porque cabe à equipe resgatar aquele paciente que está todo arrebitado. Ele é quem está sentindo a dor, ele é quem está passando pelo processo... A equipe está ali para ajudá-lo nesse sentido!**

**A hora em que o paciente começa a reverter, ou seja, a hora em que ele achar que pode ficar bom, que está dentro dele essa força de ficar bom, ele**

fica bom mesmo! Ele faz qualquer sacrifício... qualquer...qualquer esforço! Quando o paciente não quer, mesmo que a equipe invista 100%, não adianta! O enxerto perde porque vira pus, é um problema imunológico, um problema intrínseco, independe da equipe... Eu não tenho a menor dúvida de que por mais esforço que a equipe faça, que o tratamento seja bem realizado, se não tiver o lado positivo do paciente, esse paciente não sai...!!! Está muito presente essa capacidade do paciente de “definir” se ele quer ou não viver.

Veja... está todo mundo cuidando da parte física do doente e a parte física está falhando... falhando... e aí é grave e vai... vai... vai e começa a dar para a frente... o que foi que se passou? O paciente começa a dar uma melhorada, entendeu? E outros não conseguem... vai embora! (óbito) Acontece com o paciente suicida... que não quer ficar bom. A parte clínica é feita e o paciente rejeita... rejeita o tratamento através das reações orgânicas... e essas reações orgânicas são disparadas, são exacerbadas por uma força interior... emocional... casos como temos tantos aqui!... Você faz o tratamento, mas não resolve! ... ele tem um ferimento no espírito!!!

Veja bem! Eu não consigo hoje, depois de tantos anos, separar o lado físico do emocional, do paciente queimado...ele está estritamente ligado... As duas coisas estão muito ligadas... tem muito a ver... muito! ... O tratamento é feito direitinho, mas é como se fosse tratar uma coisa, um órgão... mas eu não consigo operar um espírito... eu não consigo mexer dentro de uma vontade!!! ... Então, por melhor que você faça... tem o outro lado... é o lado da vontade: ... “eu aceito, ... eu quero ficar bom!...” então, tudo vai funcionar... é o lado da vontade! Só funciona se houver aceitação do processo!!!

- “Aqueles que têm motivação lá fora e encontrou motivação aqui dentro... aí ele acredita e sai!”

“O acidentado que ficou nesse limite entre o viver e o morrer, eu acho que em todos... é a mesma coisa... se ele não analisar a vida... as coisas dele lá fora... ele não quer mais... e aqueles que têm motivação lá fora e encontrou motivação aqui dentro... aí ele acredita e sai...! No meu trabalho eu me

acho uma pessoa envolvida, eu gosto do que faço... e aí o queimado é especial... eu me sinto feliz assim... quando eu consigo trabalhar com eles... quando eu “levanto”... tem aquele que diz assim: “eu vou fazer... com a senhora eu faço... porque a senhora me entende...”. Eles sentem quando você está ali por eles... Tem um que diz: “... eu quero morrer... eu quero morrer...” mas se você chega junto... vamos sentar... vamos conversar... e ele vem ..., ele não quer morrer... venha levante o braço ... assim ... assim ... ele vai dizendo que não quer, mas vai fazendo ... e vai fazendo cada dia mais... e aquele que não quer... não quer mesmo... não adianta... porque ele não faz mesmo! Às vezes ele não está entendendo a dinâmica do tratamento ainda... está se sentindo “agredido”, “ mal-tratado”... não está entendendo a necessidade, mas depois que ele começa a entender passa a aceitar.

- “o que eu noto é um exagerado pessimismo, não é? Talvez até um modo de se relacionar...”

“Do ponto de vista técnico, profissional, a gente vê o seguinte: a idade e a área queimada e a profundidade, outras doenças de base influenciam na perspectiva de você recuperar esse paciente ou não. Tudo isso tem uma importância na evolução do quadro, e vai exigir muito do ponto de vista metabólico para que ele se recupere. Tem alguns pacientes que na realidade, eu já vi alguns,... que do ponto de vista clínico, ele estava estável, não tinha nada que justificasse ele não ter uma boa evolução... ele não tinha nada!... tudo controlado!... tudo que é de mais avançado, usamos aqui... a gente faz e o paciente não responde... ! O que eu estranho é que como todo doente queimado... ele às vezes, não está no respirador e não fica inconsciente e o que eu noto é um exagerado pessimismo, não é? Talvez até um modo de se relacionar... aquele paciente que está mais ávido, que você vê que quando você chega, ele já chama o seu nome... Recentemente, tivemos M. que era gravíssima, me chamava... estava sempre no limiar... mais para ir do que para ficar... e a vontade que ela tinha... ela saiu... uma paciente dessa foi uma surpresa!... ela reagiu... eu não sei o que aconteceu...Tem aquele ponto que volta, não é?

Clinicamente, eu não sei te dizer... tem isso. Agora, o inter-relacionamento do paciente com o médico, você nota... a confiança...a obediência... Noto que os que sobrevivem não reclamam tanto do tratamento... o paciente poliqueixoso tem uma evolução mais lenta... O tratamento não é brincadeira... a gente sabe da dor, mas tem paciente que atravessa essa fase, mas ele enfrenta... tem paciente que não, é o tempo todo reclamando, não colaboram... Agora, eu como clínico e como intensivista, nunca pude admitir o seguinte: bom... esse cara quer morrer e vai morrer... Então para mim isso não existe!... eu acho que tem alguma coisa que interfere, isso é evidente, mas é alguma coisa que não está muito esclarecida, de que forma... não sei... eu tenho de contornar de todas as maneiras... eu não acredito muito em anti-depressivo... sabe? Se o paciente não está respondendo tão bem... dieta nele... eu tenho dieta imunomoduladora e a gente assim se defende melhor... o zinco aumenta as defesas... uso outros elementos porque isso também ajuda. Mas mesmo fazendo tudo isso... às vezes o paciente morre... morre mesmo... e eu não tenho... .. inclusive, conversando... sobre isso, um dia... disse: bem, eu poderia tentar fazer uma coisa aqui... botava esse doente para dormir... ele ficava aqui sedado e tirava ele do mundo real... adormecia... e... aí eu tratava dele, e eu queria ver o que ia acontecer... Talvez a vida de relação dele, essa interação... pode atrapalhar o tratamento.... É porque é uma coisa muito difícil...a Psiquiatria... a Psicologia... você tem que tratar o que é concreto... que você palpa... Fica uma coisa... muito... eu vi que perdemos muitos pacientes que não deveríamos perder e ganhamos alguns que até você não dava mais nada. Por exemplo, por que é que tem um paciente que embora tudo seja feito corretamente, por que ele está evoluindo ruim? Eu nunca consegui descobrir, do ponto de vista clínico, porque estava tudo certo com ele e ele não responde... Se eu pudesse, eu botava ele para dormir... queria ver se não dava um jeito! É uma idéia radical, mas é verdade. ... Na verdade, o paciente está ali, não cooperativo, o enxerto dele, tecnicamente ... achávamos... a parte clínica... albumina 3,5 , hematócritos bem, não tem infecção... não tem nada!... e o enxerto, não pega!... ou achávamos que vai dar tudo certo e não dá... não entendo... o que esse cara tem!... se tudo está correto... os curativos, nutricionalmente bem assistido, ele tem exames que

provam que ele está bem! E, no entanto, a pele dele mesmo ... não pega! Ai complica... porque clinicamente o paciente não tem nada que o levasse a isso, até a morte...

- “... eu jamais vou falar sobre o que aconteceu com ele, sobre a dor dele...”

No caso do paciente grave, se estiver consciente, a primeira impressão para o profissional de saúde é uma revolta, e vai seguindo aqueles estágios... ele não colabora, apresenta falta de apetite total, nada é importante, o líquido não passa... a dor... a dor é imensa, mas não acho que seja só a “dor da pele” ... é aquela dor lá dentro, a dúvida... tanto que não sei se por ruindade minha, mas tenho vontade de dizer ao paciente que ele não vai longe... que ele vai morrer... Para quê? Não para me satisfazer, mas para satisfazê-lo, porque pode ser que ele tenha algo muito importante para fazer “antes”, e como ele não tem consciência disso e a gente já está habituada e eu , principalmente... desiludida com a impotência da gente que é imensa e isso me deixa possessa de raiva!

O que se passa com ele é o seguinte: em primeiro lugar, o interesse nosso, de profissional e o apoio da família. Aquele que tem o apoio da família, consegue levantar... com a equipe e a família ele consegue comer... ele força, consegue aceitar... esse tipo de apoio é básico e essencial...

Eu acho... tenho certeza... a gente tem que interferir no conversar... com o paciente. O paciente muito abandonado... ele tende a quê? ... a se deprimir... se a família não vem... então... vamos conversar!... vamos conversar com o paciente... vejo o que ele quer conversar... vejo o que ele quer conversar... às vezes, eu fico observando o seu trabalho... o paciente está com um comportamento, e quando você entra... ele muda! Ele muda o comportamento... porque pra você, ele vai se lamentar. Para mim, não!... Para mim, ele não vai se lamentar... Primeiro, porque eu não vou dar brecha dele se lamentar, e segundo, que a gente vai falar da novela, do futebol, de uma roupa nova. Eu jamais vou falar sobre o que aconteceu com ele... eu falo sobre o que vai acontecer com ele e o que ele vai poder fazer... eu já ouvi várias vezes dos pacientes: “chegou o sol!”... determinados plantões melhoram o humor do paciente. Gosto de ser

diarista... a gente acompanha melhor. O lado afetivo para a recuperação é primordial Depois... depois eu acho que é o antibiótico. Às vezes, eu estou cheia de coisas para fazer, mas o paciente quer conversar besteira, eu vou... e depois, a medicação!... o paciente quer atenção!

porque se ele tiver com a cabeça boa, ele vai colaborar... ele vai ajudar no tratamento, em todos os sentidos... ele vai sorrir... A equipe pode fazer isso... pode... não é só vocês, não... não é só responsabilidade da Psicologia... é do médico, do enfermeiro...do rapaz que faz a limpeza... de todos nós! Se o paciente é bem tratado, ele ajuda no tratamento.

Para o paciente, a gente é muito mais importante como pessoa do que como profissional, principalmente no nosso paciente que já é tão castigado pela aparência... com dor... eu acho que isso é mais importante que o antibiótico. Cinco ou dez minutos de conversa é maravilhoso... o paciente espera isso, e depois que o paciente adquire uma confiança em você, tudo que você pede, ele faz...

Eu acho que a nossa colaboração é maior como pessoa, muito maior...

- “ele vai ver que tem que reagir, que tem uma solução, que ele não está só naquela luta ...”

“é o seguinte: há pacientes que tem aquele desejo enorme de viver. Porque... porque... ele deixou alguém amado, os filhos, o marido, a mãe. Só que ele não sabe como chegar até isso... por... questões grandiosas... o comprometimento da queimadura! ... o estado dele gravíssimo. Tem a equipe médica fazendo tudo... mas tem nós que fazemos o quê? Fazemos captar, né? Os desejos e anseios dele... como? Só um sinal... muitas vezes ele está entubado... perguntamos: o que é? Ele transfere para você algum desejo... então a gente, já está lá...

Se o paciente é um acidentado, aí a busca da vida, por eles é muito maior, entendeu? Nessa hora você tem que estar por perto... tem que chegar perto, observando todos os detalhes, a toda hora... porque alguma coisa que passe despercebida, é importantíssimo para ele, ... talvez não para você, mas é para ele importante... Ele está dizendo alguma coisa... uma falta de ar... algum sinal de alerta. É importante considerar a mínima

coisa... considerar... a atenção constante conta muito! Isso conta muito! Veja bem: ao meu ver, na minha experiência, você nota que ele está totalmente dependente de nós... de nós... Temos que estar ali... para tudo... Ele vai ver que tem que reagir, que tem uma solução, que ele não está só naquela luta, que tem alguém dando apoio... colando... Acho que 80% de chance... ele sai! ... ele sai!

Tudo que fizemos para o paciente queimado... ainda é pouco... tudo que fizemos... por causa do sofrimento e das seqüelas... O grande queimado... quando ele vai saindo daquela fase crítica... aí vem o quê? Ele ainda está com muitas dores, vai enfrentar os enxertos... aí fica com aquele medo, a sensação de: “será que vou ter uma recaída? ... será que agora eu realmente eu vou melhorar e vou para casa?” Aí fica uma grande luta interior com ele. Aí é nessa hora que a gente tenta estimular... ele ainda não sabe se realmente vai escapar... O que está se passando no seu corpo e até no seu interior? É nessa hora que é uma divisão... uma interrogação. Você lutando para ele sobreviver ... e ele pensando que vai ter uma outra recaída daquela e não vai sobreviver! Você tem que conscientizar ele disso: que ele vai sobreviver... Se ele conseguir se conscientizar... aí ... é 100%... para a gente e para ele! Porque ... tem aquele paciente que quer viver “tá” crítico, crítico, mas ele melhora... cheio de queimadura, do pé à cabeça... mas, quando a gente conscientiza, ele... aí, ele sai! ... A gente com uma mão e ele com as duas! ... para lutar... para sair... aí, ele sai!... A família, a equipe, a enfermagem e a consciência de que ele tem a condição de sair.

É gratificante! O salário da gente não é essas coisas... mas o maior prêmio está aí... em você ver a pessoa sair... em você ser participante daquilo, em você saber que você cuidou, em você saber que você vem com seus problemas de casa, mas que você deixa tudo atrás da porta e deu pelo menos uma palavra de estímulo para ele sair...

Eu aprendi: quem está ali não é seu pai, não é seu filho, não é seu marido, mas é o pai, o filho, o marido de alguém!... Eu tenho a minha vida, mas você também deve ser importante para alguém. É alguém que não tem nada a ver com você, e você pode fazer algo... porque é bom para mim... eu me sinto bem em fazer isso!”



- “O relacionamento com o paciente... é muito importante... a dor é mais psíquica...”

Quando esse paciente chega ao setor, apresenta-se angustiado... ele fica perguntando se vai morrer... e querendo que salve a sua vida... é o medo da morte, não é?... e... eles chegam até a perguntar pra gente se vão morrer... e... nós não podemos dizer que ele vai morrer, porque a vida só a Deus pertence... mas sabemos os riscos que ele corre... e então começamos a mostrar pra ele que vamos fazer o melhor que puder, para salvar a sua vida ... que estamos do lado dele para ajudá-lo, no que for possível e... começamos a fazer com que ... ele perca aquela ansiedade... e aquela... aquela angústia... e sinta segurança naquilo que estamos fazendo. E ... muitas vezes, ele fica calmo!

O relacionamento com o paciente... é muito importante... A dor é mais psíquica... quando ele chega já... tem analgesia... nos curativos, e em... todo o tratamento... porque ele toma muita medicação... tem a dor física, mas... depois a gente percebe que não é somente a dor física, mas também a dor emocional que é muito forte! O sofrimento é tão grande... Esse paciente está comprometido em todos os aspectos. A dor psicológica pode ser porque não recebeu visita... porque acha que vai morrer ou... ele acha que não tem mais jeito, as vezes o odor... o aspecto físico... Olha o outro paciente... vê alguém morrendo também... aí acha que tudo aquilo vai acontecer com ele também... Aí temos a oportunidade de explicar... que o caso é diferente... o seu já é assim... não é por que aconteceu com ele que vai acontecer com você... na cabeça deles, tudo é igual... aí essa explicação é muito importante, fazer a diferenciação entre um caso e outro... Às vezes até ele está muito grave, mas a gente tem que diminuir essa ansiedade...

O paciente precisa se conscientizar primeiro do porquê que ele está aqui e para que aquele tratamento está sendo efetuado, para que ele crie aquela energia positiva... diante de se ajudar... porque ele sabe que dói... todo mundo sabe que dói... mas apesar da dor... ele precisa fazer isso tudo para melhorar... Então, quando ele se conscientiza do que ele precisa fazer isso para se ajudar, ele ajuda... apesar da dor... é... Então tem que haver uma explicação pra tudo o que vai acontecer.

**A família pode ou não atrapalhar... existem famílias que aliviam a ansiedade, outras que interferem ... com respeito à família... A família precisa ser orientada...**

**Alguns pacientes, dependendo da gravidade do caso... complicam muito... devemos fazer tudo o que puder... porque a vida não está em nossas mãos... Está nossas mãos fazer o que tem de ser feito ... lutar até o fim... agora... o paciente às vezes fica alheio, fica distante... se recusa a conversar... por causa da depressão ou da gravidade... ou fica ansioso demais... chama... chama muito ... e ... nós sabemos que é por medo, medo de ficar sozinho... Nessa hora a gente conversa... explica... para ele diminuir um pouquinho essa ansiedade, e acho que o paciente precisa muito de uma atenção nessa parte psicológica.**

Entendi que cada profissional entrevistado me permitiu um olhar que desvelou muitos sentidos. Em cada narrativa, encontrei a vontade de salvar vidas, ideais, crenças e valores defendidos no sentido da coragem e da esperança que as tramas da vida colocam em nossas vidas. Assumimos o lugar de cuidadores, cada um deles sou eu. No encontro com nossos pacientes, que podem ser adultos ou crianças, convivemos com os sofredores, com a deformidade, com a dor, com a morte... e com a vida – a vida escolhida para cuidar do outro que nesse nosso contexto tem um sentido. É preciso coragem, esta é uma característica de quem trabalha com queimados! Cuidar é uma atitude de preocupação e responsabilidade. É mais que um ato, a equipe age por aquilo que percebe como sentido, o sentido de cada um e o de todos.

Ouçó os meus colegas. O meu olhar para o que eles me revelam diz que, embora não tendo explicações, acreditam na existência de “algo” que ainda não se sabe e que interfere. Uns demonstram sua crença no paciente, outros na solidariedade... ou desafiam a si mesmos no cuidado. Dizem que a responsabilidade é da equipe, outros que a responsabilidade é do paciente, da família, de todos, da atenção que recebem ou que a compreensão do paciente, da

sua condição é que ajuda a sair. Apontam o lado positivo de encaminhar para a vida. Enfim, uns sobrevivem e outros não. Então, a gravidade existe e não existe, porque acreditamos em vontade de sentido, no poder transformador, acreditamos na **vividação**.

Compreendo que o que nos aproxima do queimado é o desafio da possibilidade da sobrevivência. Alguns questionamentos vão surgindo... leio e (re)leio as narrativas. Entrego-me a reflexões... o paciente vive de modo singular o seu adoecimento, vejo que as situações se repetem em nossa enfermaria. Uma coisa me parece importante: a tragédia de cada um é também a de todos...é minha também! O sofrimento, a dor e a morte são para todos. Cada um responde à sua tragédia conforme seu modo de ser, descobrindo seu próprio sentido, a partir dessa experiência que é única.

Viver é sobreviver às dores, é resistir, lutar. A esperança aparece como a força para continuarmos lutando. Aponta para a possibilidade de mudança e alívio para as nossas aflições, lembrando aqui o mito de Prometeu e Pandorra, citado anteriormente.

Tentando concluir este trabalho, chego às considerações finais com respostas e interrogações. Amparada no pensamento de Viktor Frankl, encontro a esperança e a solidariedade como forma de cuidar do outro, e no otimismo trágico, uma saída para as situações de extrema aflição. Em minhas inquietações e querendo mais respostas para a **vividação**, sigo mais adiante para compreendê-la à luz do pensamento filosófico de Heidegger.

## VII – ENCONTRANDO A TRAMA TRÁGICA DO GRANDE QUEIMADO: ANGÚSTIA, CUIDADO E FINITUDE.

Relendo os capítulos anteriores, parecia que, tendo apresentado a compreensão da **vividação** através dos depoimentos à luz do pensamento de Frankl, este presente capítulo não seria necessário. Ou seria apenas dedicado às considerações finais. Era o momento de dizer o escutado...

Entretanto, ao se apresentarem as conclusões, dei-me conta que ao em vez de encerrar e colocar o ponto final, outra perspectiva de interpretação se apresentou. E, se é verdadeiro que quem procura, acha... descobri que quem não procura... encontra...

Passo assim, agora, a re-interpretar minhas compreensões anteriores à luz do escutar o que se disse. Ou, dito de outro modo, do sabor de saber do não saber. Uma descoberta que solicitou a companhia de Heidegger.

No decurso desse trabalho, procurando compreender o caminho percorrido pela Filosofia, Medicina e Psicologia, fui em busca das tradições míticas num resgate histórico do pensamento humano sobre os fenômenos da existência. Na Grécia antiga, no séc. VI – (420 a.C.) , surge a tragédia, em Atenas, um outro gênero literário, como um novo tipo de espetáculo assistido em suas festas públicas, expressando a experiência humana cotidiana, suas condições sociais e psicológicas. A narrativa é a sua forma de apresentação, e conta do coletivo experiencial em sua dimensão humana.

Do ponto de vista psicológico, a tragédia mostra o que se passa com o herói e seus atos, a sua comunicação com o público, trazendo também a questão da responsabilidade, que aparece quando a ação humana é objeto de reflexões. Assim, na cena trágica, dois elementos são considerados: *o coro*, representado pela coletividade, – tendo como função expressar sentimentos e expectativas diante do drama – e o outro elemento que é *o herói*, personagem trágica, vivida por um ator profissional. Evidencia-se, portanto, o caráter ambíguo, a

polaridade: de um lado, *o coro* e do outro, *o herói*, que nos permite remeter-nos à prática clínica e a questões que permanecem atuais, como a pertença e a possibilidade de ouvir o singular e o universal. A obra trágica exprime-se na forma do drama, exatamente pela tensão que se instala entre os dois elementos da cena trágica. Lembro aqui Vernant (1988 – p.30), quando diz:

*“E essa tensão que nunca é aceita totalmente, nem suprimida inteiramente, faz da tragédia uma interrogação que não admite resposta. Na perspectiva trágica, o homem e a ação se delineiam, não como realidades que se poderiam definir ou descrever, mas como problemas. Eles se apresentam como enigmas, cujo duplo sentido não pode nunca ser fixado nem esgotado.”*

Nesse sentido, Louraux (1992) ainda esclarece que drama é aqui uma *ação*, no entanto compreendida como acontecimento, como experiência vivida, que pode coincidir com *páthos*, significando sofrimento, uma experiência que, nos humanos está relacionada à dor.

Diz ela:

*“É por ter sofrido que se compreende, mas tarde demais, se é verdade que a revelação só ocorre no fundo do desastre. E começamos a nos perguntar: quem tira proveito do ensinamento do páthos trágico? O espectador, talvez, embora não seja um herói; mas essa restrição perde sua importância se é verdade que, ao submeter o herói ao páthos, a tragédia atua na redução de toda distância entre o homem ordinário e o anér de exceção, entre a condição mortal e a guinada heróica, até dar a entender que, em seu excesso, o herói vale por qualquer homem.” (p. 27).*

Assim, é na tragédia que se revelam as questões da humanidade e a possibilidade de se compreender a complexidade do humano, uma vez que o herói o representa. Nesse sentido, o espectador pode perceber o que se passa no drama, ou seja, com *o herói* e com *o coro*, é que a mensagem trágica comunica sobre o homem e o humano. Os nomes *brotós*, *ánthrōpos* e *aner* apresentam-se na cena trágica como condições próprias da existência humana, ou seja, o homem mortal, finito; o homem em sua condição de ser social e, portanto, entre outros homens e o homem viril, respectivamente. Esse é o cenário através do qual a vida humana, desde a Antiguidade e sempre, se enuncia.

Tentando articular esses conhecimentos com a prática psicológica no hospital, e olhando bem de perto, aliás... ficando bem junto da trama dramática e trágica do paciente

grande queimado, sinto a necessidade de aprofundar mais a minha compreensão. Torno a envolver-me com o que se revela nos depoimentos, agora com um outro olhar.

Início fazendo uma distinção do que só pude ver agora: o que cunhei de **vividação** refere-se, no plano do simples vocabulário, a um movimento ou conjunto de ações, do paciente e da equipe, na luta pela recuperação e na crença de que a vontade e a força são decisivas nas situações-limite. Franklin reforçou em mim, e isso também se estende à equipe, *a não angústia pela não imortalidade*, afastando-me da minha angústia existencial e assim atuando com suposta serenidade, na solidariedade. Acreditamos, e enquanto equipe, ser possível sobreviver caso fosse possível compreender **vividação** como vontade de sentido de vida... Era a saída!... Se conseguimos salvar... estamos todos salvos!

Contudo, se, como apresenta Vernant (op.cit.), homem e ação se delineiam não como realidade a ser definida ou descrita, mas como enigma nunca esgotado, abre-se a possibilidade de duplo sentido para a **vividação**. Nessa perspectiva, a dimensão existencial do desamparo e sofrimento humanos apresenta-se, agora, pela angústia da morte como sentido de uma condição inexorável que escapa para além da vontade de sentido de vida de qualquer mortal – ser humano<sup>18</sup>. A doença apresenta-se como experiência da fragilidade do corpo, e a vida, sendo chama, aponta para a morte como um fato. Contudo, não se trata de saber que vamos morrer um dia, mas da angústia de saber-se de *ser-para-a-morte*.

Desse modo, passo a compreender a vontade de viver enquanto colaborando no tratamento e recuperação do paciente, como corroboração de uma das possibilidades de “saída” da morte. Na mesma direção, o trabalho da equipe, amparado pela crença na ciência e na técnica, impõe-se como ainda outra possibilidade. Entretanto, não posso deixar de considerar a morte como uma das possibilidades da impossibilidade de **vividação**.

---

<sup>18</sup> Ser aqui empregado como verbo/ação

Assim, **vividação** não estaria nem na restauração da pele, nem no limite entre o viver e o morrer, nem tampouco no cuidado da equipe, embora enigmaticamente, apresente-se por todas elas e entre elas, ao mesmo tempo. Dizendo melhor, **vividação** pode ser compreendida em seu duplo sentido: como recuperação da vida sadia e como esforço para manter-se no ser.

Passo, então, a buscar essa ressignificação à luz de Heidegger, e posso compreender **vividação** como mais uma *possibilidade*, ao passo que a *morte* é. Olhando por esse ângulo, vejo que os meus colegas, em seus depoimentos, pensam/sentem/agem de forma aproximada a minha, ou seja, perseguem (procuram) o sentido da vida. Entretanto, per-seguindo o pensamento de Heidegger, um outro modo de compreensão revela-se possível, descortinando um outro sentido...

Re-ouço a mim no cirurgião:

**“(...) quando o paciente não quer, mesmo que a equipe invista 100%, não adianta! (...) Essa recuperação independe da equipe. É única e exclusivamente crédito do paciente. A equipe entrou com a informação e com os recursos técnicos e o paciente com a re-ação. (...) Então, veja bem: a equipe tem que estar muito ciente de não entregar os pontos. O doente é que pode entregar; a equipe, Não!!! (...)”**

E agora, no clínico/intensivista:

**“(...) o que eu noto é um exagerado pessimismo, não é? Talvez até um modo de se relacionar...(...) Tem alguns pacientes, que... na realidade eu já vi alguns... que do ponto de vista clínico estava estável, não tinha nada que justificasse ele não ter uma boa evolução... ele não tinha nada!... tudo controlado!... tudo que é de mais avançado, usamos aqui... a gente faz... e o paciente não responde...! (...) Agora, eu como clínico e como intensivista, nunca pude admitir o seguinte: bom... esse cara quer morrer e vai morrer... Então, para mim isso não existe!... Eu acho que tem alguma coisa que interfere... isso é evidente,... mas é alguma coisa que não está muito**

**esclarecida, de que forma... não sei... eu tenho de contornar de todas as maneiras...”**

E mais nas auxiliares de enfermagem:

**- “(...) eu jamais vou falar sobre o que aconteceu com ele, sobre a dor dele...(...) Para mim ele não vai se lamentar... primeiro porque eu não vou dar brecha dele se lamentar e segundo que a gente vai falar da novela, do futebol, de uma roupa nova... Eu jamais vou falar sobre o que aconteceu com ele: eu falo sobre o que vai acontecer com ele e o que ele vai poder fazer... Eu já ouvi várias vezes dos pacientes: ‘chegou o sol!’ ... (...)”**

**- “(...) ele vai ver que tem que reagir, que tem uma solução, que ele não está só naquela luta, que tem alguém dando apoio... colando... acho que... 80% de chance... ele sai... ele sai!!**

Agora, retomando Heidegger (1927), impõe-se a questão da angústia como central em seu pensamento. No hospital, em contato constante com os (sofre)dores, somos permanentemente tocados pela dor, angústia e desamparo do paciente. O encontrar-se com a condição do (do)ente aproxima-nos da nossa própria finitude e da morte como acontecimento, em toda sua concretude, e não como somente uma concepção existencial de Heidegger.

As narrativas, retomadas a seguir, revelam, numa perspectiva da angústia em Heidegger, que a morte, presente nos acontecimentos do cotidiano e na enfermagem, é concreta, podendo ser sentida de diferentes maneiras, ou seja, como os modos de ser e de como ocorre o enfrentamento do paciente, quanto à sua situação crítica. Desse modo, essa experiência pode ser vivida ou com espírito de luta, ou de modo indiferente, ou distante, ou misteriosa ou improvável. Outras vezes é ardentemente vivida como possibilidade de ser evitada através de milagres. Ou mesmo, ser experienciada como possibilidade provável, apesar de indesejada e despertando medo. Tais narrativas apresentam-se como modos de ser a



partir da perspectiva da vontade de sentido de vida. Mas, perspectivando o sentido duplo da cena trágica, impõe-se compreender a morte, por um lado, como possibilidade na concretude da situação vivida, ou seja, como fato em oposição à vida; contudo, por outro lado, revela-se a morte como possibilidade existencial.

Citando Heidegger, em *Ser e Tempo* II (p.20):

*“Cada presença deve, ela mesma e a cada vez, assumir a sua própria morte. Na medida em que “é”, a morte é essencialmente e cada vez, minha. (...) O morrer não é, de forma alguma, um dado, mas um fenômeno a ser compreendido existencialmente num sentido privilegiado, o qual deve ser delimitado mais de perto.”*

Desse modo, o confronto do paciente com a sua própria situação de trauma, com a situação dos demais pacientes e todo um contexto a lhe provocar, pode, inevitavelmente, levá-lo a momentos de desespero, e a dor do corpo parecer insuportável. Esse estado pode estar dizendo da angústia do confronto com a possibilidade da impossibilidade de *poder-ser*, ou seja, da possibilidade de *já-não-ser*: a angústia inevitável, própria do *ser-para-a-morte* que ele é. A ameaça iminente agudiza tudo isso; aflora a angústia que não é externa, não é da situação vivida, mas inerente à nossa condição humana. A percepção da morte, pela sua proximidade, desperta algo que já se sabe, que é a finitude do ser.

Pude encontrar, nos fragmentos de narrativas dos pacientes depoentes, como essa experiência se mostra.

Ouçamos Severino:

**“(...) me sinto só! ... Quero sair daqui... é porque estou sozinho... Quero saber de todos os detalhes... como aconteceu... quero perguntar a quem estava mais próximo... aqueles que ajudaram a apagar o fogo... quero saber... estou angustiado... .. Isso fica na cabeça da gente... , o sentimento é muito forte... o que aconteceu? Como aconteceu? ... Por quê?... Por que comigo?... (...) a cabeça vazia... procurando uma explicação... uma resposta...(...)”**

E agora, Ana:

**“(...) o acidente... .. não gosto de lembrar... me dá medo...”(...) doutora... quando eu entrei aqui... .. eu pensei não saí... eu pensei assim: se é o meu dia ... se Deus me quer agora... então, não posso fazer nada... tenho que me pegar com Ele!... (...)**

Mais José:

**“(...) vocês estão perdendo tempo... perdendo tempo... É, eu não vou melhorar... estão perdendo tempo...(...)”**

E ainda, Julio:

**“(...) eu realmente senti medo, ... mas sabia que estava nas mãos de pessoas competentes, que mostraram competência até hoje... Então isso foi uma parte... E quando eu pensava no H.R. (serviço público)... se pensa que a pessoa chega aqui e depois morre. (...)”**

A hospitalização e o trauma são acontecimentos da dimensão da vida cotidiana; são fatos, particularidades concretas. Nessa perspectiva, os recursos utilizados pelo paciente na **vividação** são modos de enfrentamento no mundo, revelando a singularidade do sujeito. Assim, a angústia, constituída pelos estados de ânimo, pode ser propiciadora ou não do enfrentamento na situação. Dessa forma, o modo de ser é expresso pelos vários modos de enfrentamento; não se oferecem, no entanto, como possibilidade para impossibilitar a morte.

Na prática, descortinam-se modos de enfrentamento: pacientes deprimidos sobrevivem, suicidas sobrevivem e também morrem; pessoas com vontade de sentido de vida lutam e sobrevivem ou lutam e morrem independente de seus humores. Desse modo, no momento em que o paciente encontra-se numa situação limite, com os medos e as ameaças reais, próprias da situação, a tonalidade afetiva pode parecer como sendo uma possibilidade de saída; ou seja, seu modo de conviver com a dor e as limitações do momento se oferecem

como possibilidade de lidar com a angústia existencial que aflora, nesse momento, de forma mais vívida pela nossa dimensão humana.

Sendo o homem, segundo Heidegger, uma existência angustiada por ser um ser-para-a-morte, ao se confrontar com o adoecimento agudo, como nas queimaduras graves, pode se perceber vulnerável a essa possibilidade, que é a mais *originária, radical e extrema*. Tal possibilidade pode ser experienciada, na hospitalização, pela concretude da fragilidade física em que se encontra. Nesse sentido, a morte é experienciada pelo paciente como acontecimento possível, súbito e ameaçador em toda a sua intensidade, e é possível de se sobrepor a todas as demais possibilidades do ser como vida. Afinal, carregamos conosco a nossa própria *nulidade* dado sermos, na perspectiva existencial, um ser-para-a-morte. Assim psicologicamente o desespero e a aflição ocupam o sujeito paralisando seu sentido de ser. Angustia-se diante do poder-não-ser-mais e não permite o poder-ser que ainda é.

Com isso quero dizer da possibilidade de que, no hospital, sofrendo uma descontinuidade existencial, tudo se confunde. Paciente e equipe podem entrar em contato com a angústia originária e, assim, com a percepção da finitude humana. Por seu lado, a fragilidade orgânica do paciente desperta essa percepção na equipe ainda que em instantes, porém de modo tão intimamente afetado, no extremo da afetabilidade pela concretude crítica, dando-se conta de sua condição como impossibilidade de ter à mão a finitude que lhe escapa. A equipe se defronta com a perda do controle daquilo que acredita: seu poder controlar a morte.

Nesse fragmento de narrativa, evidencia-se a “surpresa” dos meus colegas médicos pela impossibilidade de um tal controle:

- O cirurgião

(...) **“Veja: está todo mundo cuidando da parte física do doente, e a parte física está falhando... falhando... e aí é grave e vai...vai... vai e começa a dar**

**pra frente. O que foi que se passou? O paciente começa a dar uma melhorada, entendeu? E outros não conseguem... vai embora! (óbito)”(...)**

- O clínico intensivista

**(...) “Eu nunca consegui descobrir do ponto de vista clínico, porque estava tudo certo com ele... e ele não responde... (...) achávamos que tudo vai dar certo e não dá! Não entendo... o que esse cara tem!... Se tudo está correto... os curativos, nutricionalmente bem assistido, ele tem exames que provam que ele está bem! E... no entanto, a pele dele mesmo não pega! Aí complica... porque clinicamente o paciente não tem nada que o levasse a isso, até a morte...”**

E assim, vê-se que na cotidianidade da existência, ou seja, no viver cotidiano, o sujeito valendo-se do controle como modo de abrigar a angústia do desamparo, na impropriedade do suposto saber. Pelo controle, é possível distanciar-se da angústia do desamparo, ou seja, do vazio de morada. Contudo, esse distanciamento apresenta-se como um modo paralisante de ser., O sujeito, entretanto, pode valer-se de outra possibilidade, agindo para transformar a angústia improdutiva: pode encontrar-se pelo sentido de ser pelo *cuidado*.

Nessa perspectiva consigo compreender o sentido da minha experiência na prática: minha presença na enfermaria junto aos pacientes e à equipe, a vontade de manter a esperança, de contar com a força deles, com o desejo de que sobrevivam superando o trauma, são todas tentativas ou possibilidades de conviver serenamente com a angústia do limite de ser, ou seja com a finitude humana. Assim, **vividação** emprestava essa coloração ao quadro - o modo de ser em minha prática com queimados: dar-me conta da imponderabilidade do incontornável, do limite com que o outro se apresenta e com que nos apresentamos entre todos.

Amparada no pensamento heideggeriano e considerando a complexidade da nossa condição humana, como ser de abertura, procuro um modo de aplacar o sofrimento pelo cuidado. Ser-em implica múltiplas ocupações, por ser o cuidado uma estrutura geral da existência, ou seja, ser-no-mundo é essencialmente ser ocupação. Ocupação no sentido

heideggeriano não é atividade, e sim modo de ser, de viver na cotidianidade. Ser-com é o ser da preocupação, e isso significa ocupação dirigida para o outro, é cuidar dos outros. Compreendo, então, que ser-no-mundo é cuidado, principalmente para nós, profissionais cuidadores, quando assumimos com os nossos pacientes – o outro em Heidegger - atitudes de solicitude, preocupação e responsabilidade.

Por essa ótica, re-ouço os depoimentos, agora com outra escuta. Cada um revela sentido, mas foi uma das primeiras narrativas colhidas que fez ressoar uma outra dimensão de minha prática. Trata-se do depoimento de um homem de rua, sem nome nem endereço, cuja sensibilidade comunicada em gestos significativos para além da limitação da linguagem em palavras, revelou sua compreensão do sentido do trabalho da equipe junto a ele. Abriu-se, por seu intermédio, a clareira para o sentido de nossa prática conduzida pela angústia própria do humano.

**(...) “é a Medicina... não é?... Foi muita dor!... É assim mesmo! Vocês cuidaram de mim... A vida tem coisas boas e coisas ruins...” (...)**

Acolhido em sua dor, compreendeu a intenção do cuidado e encaminhou-o a si mesmo. Ou seja, afetado pelo cuidado recebido, pôde cuidar de sua condição humana como ambigüidade. Cuidado e cuidando de si propiciou que eu encontrasse o outro sentido de minha prática com queimados: o cuidado como modo de ser na angústia. No exercício do viver, sou cuidado, no sentido heideggeriano, respondendo ao que me afeta e que me chama para a responsabilidade.

No hospital, a clínica está no *entre*, o bio e o social; é o interdito, como diz Figueiredo (1994), que há por trás do sofrimento. Na prática clínica, cuidar é ouvir, possibilitando que o paciente possa expressar-se em sua dor. Ser psicólogo é ouvir o excluído da trama trágica do paciente; e ouvindo o que se passa com ele, em sua “travessia”. *“Isto implica em deixar que a fala fale e, mesmo quando as palavras brotem da minha boca,*

*colocar-me à escuta*” (p.122). Essa escuta refere-se a “estar junto” para que ele possa perceber e abrir-se para os recursos que já tem, transformando e sendo. Por outro lado, escutando profundamente o que ele me comunica, escuto a mim mesma em minha humanidade.

À medida que vou cuidando de mim, vou cuidando dos outros, realizando o ser em ocupação e preocupação, considerado por Heidegger. Amparando-me em seu pensamento, reconsidero a complexidade da condição humana como abertura para encontrar um modo de carregar a angústia, como desamparo e sofrimento, via o cuidador. E assim, na trama trágica do paciente grande queimado, somos espectadores do que ele nos aponta diariamente: que ainda é tempo para olhar a nossa própria trama. Só à luz da morte a vida faz sentido; O valor do que somos e do que temos só se revela naquilo que realmente conta, porque é bom, porque é vida, digna de ser vivida, de ser cuidada, porque envolve o ser no mais autêntico do seu ser: o seu existir.

Na companhia de Heidegger, pude compreender que em nossa existência angustiada, por sermos finitude radical, encontramos em nossas atividades, isto é, em nossos projetos e tarefas cotidianas, um modo de preencher o vazio do *nada* que somos. No encontro com nossos pacientes, somos constantemente afetados pela angústia existencial. Mobilizando-a como cuidado, que também ela é, damos sentido à nossa existência, dada a nossa condição de finitude.

Sob esse aspecto Julio, em suas narrativas, expressa ricamente a sua experiência:

**(...) “Outro ponto é que eu cresci como ser humano, eu vi que a vida me deu algo muito forte como agora... ficar entre a vida e a morte... .. eu mudei muito como ser humano!... .. Saí modificado ... .. eu descobri muitas coisas nesse momento difícil... que talvez em minha vida toda eu não iria descobrir...” (...)**

Aprendemos com o paciente aquilo que só ele pode ensinar. E somos sempre modificados quando compreendemos que somos apenas isso, fragilidade biológica, corpo que pode não responder... só nos restando a força para enfrentar e a morte como possibilidade que valoriza a vida, cujo sentido se apresenta à luz da morte.

Vivendo a experiência de adoecimento grave junto ao paciente, passamos a elaborar a experiência da nossa fragilidade, de como a vida é um *sopro* e que num instante tudo pode *findar*. "O *findar* implicado na morte não significa o ser e estar-no-fim da *pré-sença*, mas o seu *ser-para-o-fim*. A morte é um modo de ser que a *pre-sença* assume no momento em que é." (**Ser e Tempo** p. 26). Evidencia-se que não há controle, pois tudo é efêmero, transitório. Nesse sentido, cada paciente grande queimado, antes uma pessoa hígida, como nós outros, mas finita como todos nós, hoje nos aponta, com concretude, a sua finitude que também é nossa. O ser frágil, literalmente sem forças até para se manter sentado ou levar um alimento à boca, pode nos despertar e desperta em mim, a percepção da vida como *chama*, que, nesse momento e em outro qualquer, pode apagar... Essa percepção leva a uma re-significação do sentido da existência (do *ser-aí*), dos relacionamentos, convivência (do *ser-com*), das atitudes (do *ser-si-mesmo*), que só a perspectiva da compreensão da morte como finitude pode despertar. Portanto, é uma compreensão para além da vida cotidiana, dizendo respeito ao viver autêntico, que desperta para o sentido do ser pela compreensão da morte.

Descobri, com eles, e na companhia de Heidegger, que *ser* é poder cuidar nos modos da ocupação (*Bersorgen*) e preocupação (*Fursorgen*). Ouvindo o paciente, mostra-se a equipe, visto que o cuidado no hospital revela-se nas atitudes enquanto profissional cuidadoso. Implica em angustiar-se e oferecer possibilidades no contato; diz respeito a viver seu ofício como experiência ética original. Tais atitudes são de foro íntimo, ou *êthos* como *morada*, que, segundo Figueiredo (1996), nos remete a questões de ordem existencial. Diz ele:

*"Entre as partes do ambiente que, num processo normal, continuarão sempre a exercer, num nível pré-reflexível, estas funções protetivas, sustentadoras,*

*acolhedoras, que nos oferecem renovadamente 'a quietude do centro', ressaltamos as moradas, as habitações, sejam as casas materiais – de madeira, pedra, tijolo ou mesmo papelão – sejam as moradas simbólicas, vale dizer, as proporcionadas pelo éthos. Uma ética, na verdade, institui uma troca regulada de afetos e obrigações recíprocas entre os indivíduos; é esta reciprocidade que permite que cada um possa, dentro de certos limites, confiar, contar com a presença de alguns outros – em maior ou menor número, dependendo do contexto sócio-cultural – como “self-objetos” em algumas circunstâncias.” (p.49).*

Desse modo, o homem é a sua própria morada e nela deve sentir-se abrigado e protegido. A ética como morada, no sentido de amparo e bem-estar, nos fala das atitudes humanas, de nosso agir conforme nosso modo de ser e de nossas disposições com toda a duplicidade de sentido implicada: o particular e o público. Recordamo-nos, aqui, da tragédia grega que, na antiguidade se inquietava com as mesmas questões humanas, que ainda hoje nos afligem como atualidade.

A sociedade cria dispositivos, normas de controle para contemplar o vazio de morada. Nos desafios do mundo contemporâneo, precisamos romper os liames com a chamada cultura narcísica, voltada para uma ética individualista, a ética do sobrevivente, pela qual cada um está preocupado consigo mesmo, em detrimento do acolhimento e da moradia, com conseqüente desligamento e desenraizamento. Diferentemente da individuação, a individualidade impossibilita o homem do seu modo de ser com os outros e poder constituir-se como também cuidado de si. É o modo de ser do homem consigo mesmo, com o mundo e com os outros que permite o encontrar-se a si mesmo, o ser na autenticidade.

Desse modo, ser afetado e afetar, por sermos abertura para ser, implica em encontrar sentido no exercício da alteridade. Remetendo-nos a etimologia da palavra *alter*, do latim, encontramos seu significado como *outro*, condição de fazer-se diferente; desse modo, alteridade está implicada no cuidar de ser si mesmo e ser diferente; assim, diz respeito ao cuidar de si cuidando do outro. Nosso compromisso ético é o *cuidado* que diz respeito também a uma equipe, cuja marca não é apenas o assistencialismo e a solidariedade, mas se refere, sobretudo, à coragem de ser si mesmo cuidando do outro. No contato com o paciente,



através da escolha e do exercício de seu ofício profissional, essa equipe encontra coragem para *enfrentar* a dor, a deformidade e a morte do outro que nos revela a nossa própria condição humana. Nesse sentido, coragem para *enfrentar* significa colocar-se ou perspectivar-se frente a, suportar como carregar ou portar, agüentar...

Cuidar de ser cuidador implica em ser cuidado enquanto também cuida e é cuidador de grandes queimados. Nesse sentido, compreendo minha prática de ser cuidado como ser convivência com os (sofre)dores, na *serenidade* e na *solicitude*. Como sugere Heidegger, *solicitude serena* é diferente de solidariedade como compreendi anteriormente a perspectiva de Frankl. Ser solícito diz respeito a dispor-se solícitamente, disponívelmente, respondentemente ao que lhe é solicitado, ou seja, que se lhe apresenta como afetabilidade. Sendo assim, posso compreender a disposição dos membros da equipe como respondendo à solicitação pela solidariedade entre todos ( na sua forma de ser con-viventes), solidaridando-se entre si frente às responsabilidades, interesses, e deveres pela solicitação vinda do paciente/(sofre)dor. Entre todos e com cada um, o cuidado na prática em hospitais é *solicitude*; ou seja, desvelo, preocupação absorvente para com aquilo que demanda cuidado constante: uma atitude de atenção solícita para cuidar.

Percebo esta minha compreensão através do depoimento de uma auxiliar de enfermagem: sua atitude/sentido de *ser cuidadora*:

**(...) tudo o que fizemos para o paciente queimado... ainda é pouco... tudo o que fizemos... por causa do sofrimento e das seqüelas... (...)**

**(...) “...é gratificante... o salário da gente não é essas coisas...mas o maior prêmio está aí... em você ver a pessoa sair... em você ser participante daquilo, em você saber que você cuidou... (...) Eu aprendi: quem está ali, não é seu pai, não é seu filho, não é seu marido, mas, é o pai, o filho, o marido de alguém!... (...) É alguém que não tem nada a ver com você e você pode fazer algo... porque é bom para mim... eu me sinto bem em fazer isso!**

Cuidar dos nossos pacientes, recomeçar a cada dia a nossa tarefa de *ser* aponta para a questão do cuidado que precisa ser atentamente considerado. Nessa perspectiva, penso que atentar para o cuidado diz respeito à humanização da Medicina e da Psicologia Hospitalar e de toda a equipe, para além do que se considera cuidado com a saúde, o orgânico ou sensível. O que se revela é uma dimensão muito mais complexa: a condição do homem no mundo e sua tarefa de como cuidar daquilo que toma sob seus cuidados – o seu existir.

Assim... só nos resta continuar, recomeçar a cada dia nossa *tarefa de ser*, cuidando dos nossos pacientes, com serenidade pela possibilidade de poder cuidar e, até mesmo, muitas vezes, ser possível comemorar a *tarefa de viver* através da recuperação dos nossos pacientes... consagrando a morte apenas com nossas possibilidades de cuidado como **ação** àqueles a quem ela se apresentou como concretude.

A vida é efêmera; contudo, **vividação** pode ser compreendida como possibilidade. Desse modo, não se relaciona somente à recuperação do grande queimado, mas diz respeito a situações de poder ser possibilidade como momento de passagem para o poder ser. Assim, não depende nem do psicólogo, nem da equipe, nem do paciente.

Por um lado, podemos perceber quão intensa pode ser experienciada a angústia pelo paciente, que ele dela se afasta colocando na equipe a possibilidade de sobreviver. Entretanto, assim experienciada, a angústia impossibilita o encontrar-se pela **vividação**, ação vívida, cheia de vida, pela possibilidade de contato com o limite. Nesse contexto, **vividação** é dispor-se como *ser para o fim*; *cuidando de ser ao cuidar de si e de seu ser-no-mundo*. Cuidamos do que é frágil, da fragilidade do *ser*, no sentido daquilo do que merece ser cuidado como aquilo que mais prezamos, é *ser*. O paciente, em sua situação de adoecimento e padecimento, reflete o que é digno de atenção para ser cuidado, mostrando a si próprio e a nós do que devemos cuidar. É cuidando das coisas, dos outros e de nós que torna possível que, pelo cuidado conduzimos adiante nossa disponibilidade para seguirmos sendo.

Por outro lado, o desespero da equipe pode apresentar-se como uma disposição para vencer a morte, uma forma de afastar-se da mortalidade e de por à prova a imortalidade. O sobreviver do paciente parece “acender” a chama da realização do desejo de imortalidade, interdito pelas ações, do profissional cuidador, principalmente do médico, em tratar e curar, como que considerando essa forma a única **ação possível** capaz de cuidar. Na sofreguidão, desamparo e sofrimento de estar sendo testada a possibilidade da imortalidade, não se abre à possibilidade de que cuidar também pode ser uma **ação** capaz *de acolher, com dignidade, a morte digna de um paciente cuidado*. A morte do paciente nos conduz a deixar, a desocuparmo-nos, com (...) “ **o lugar do poder, do lugar do saber e ficamos ali, vazios, humanos, apenas humanos...** amargo sabor de saber que ... **não somos nada além de humanos, cuidando de outros humanos. Só nos resta continuar... recomeçar a cada dia nossa tarefa de ser...**” como cuidado. Consagramos nossa condição humana trágica, o morrer, apenas com nossa possibilidade de cuidado como **vividação** àqueles a quem a morte se apresentou como concretude.

Finalmente, compreendi que podemos desmistificar o poder da equipe pelo *salvar* transitando-a pelo *saudar* o paciente com o real da condição de vida e morte de cada um e de todos nós. Mistério milenar: a morte sempre vem um dia... permitindo que o enigma permaneça...

Compreender e reconduzir a angústia, à luz de Heidegger, pela condição humana da alteridade, respeitosa, respondentesável e solícita, configura-se como um modo que possibilita poder *ser serena e corajosamente* e permanecer sendo pelo poder ser cuidado ou **vividação**. É esta outra ótica que se oferece, neste trabalho, como uma possibilidade de dignificação às equipes de cuidadores e aos pacientes **vividados**, a fim de que não se permita ao cuidado poder ser a desolação de todos nós.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F.M. **Cuidar de ser: uma aproximação do pensamento Heideggeriano** – 1995. Dissertação de Mestrado em Filosofia – Pontifícia Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Aconselhamento psicológico numa visão fenomenológico-existencial: cuidar de ser.** In: MORATO H.T.P. (coord.) **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. (p.45 – 59)

ANDRADE, C.L. **A dor e o processo emocional** In: ANGERAMI (org.) **Urgências psicológicas no hospital.** São Paulo: Pioneira, 1998. cap. 6 p.101 a 122.

ANGERAMI, V. A. C. **O Imaginário e o Adoecer: um esboço de pequenas grandes dúvidas.** In: ANGERAMI, V. A. C. (org.) **E a Psicologia entrou no Hospital.** São Paulo: Pioneira, 1996, p. 181 - 213.

\_\_\_\_\_. (org.) **Psicossomática e a psicologia da dor.** São Paulo: Pioneira, 2001.

\_\_\_\_\_. (org.) **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Pioneira, 2000.

\_\_\_\_\_. (org.) **Urgências psicológicas no hospital.** São Paulo: Pioneira, 1998.

\_\_\_\_\_. (org.) **A ética na saúde.** São Paulo: Pioneira, 1997.

\_\_\_\_\_. (org.) **E a psicologia entrou no hospital.** São Paulo: Pioneira, 1996.

\_\_\_\_\_. (org.) **Psicologia hospitalar: teoria e prática.** São Paulo: Pioneira, 1994.

\_\_\_\_\_. (org.) **O doente, a psicologia e o hospital.** São Paulo: Pioneira, 1992.

\_\_\_\_\_. (org.) **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar.** Traço, 1984.

ANZIEU, D. **O eu-pele.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BEAUVOIR, S. **Todos os homens são mortais.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política.** São Paulo: editora Brasiliense. 1985.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano. Compaixão pela terra.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOSS, M. **Angústia, culpa e libertação.** São Paulo: Duas Cidades, 1975

BRANDÃO, J. S. **Mitologia grega.** Rio de Janeiro: Vozes, 2000. Vol. I - 14ª edição.

- BROMBERG, M.H.P.F., KOVÁCS, M.J., CARVALHO.M.M.J., CARVALHO, V.A. **Vida e morte: laços da existência.** São Paulo: Casa do Psicólogo,1996.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação,** São Paulo: Ed.Cultrix Ltda. 1995.
- CARPIGIANI, B. **Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos.**São Paulo: Pioneira, 2000.
- CARVALHO, C.P.C. **Oficina de narrativas: mosaico de experiências.** In: MORATO, H.T.P. (coord.) **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 369 - 380.
- CARVALHO, M.M. M.J. (org.) **Dor: um estudo multidisciplinar.** São Paulo: Sumus,1999.
- CASSIRER, E. **Antropologia filosófica: ensaio sobre o homem.** São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1972.
- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** São Paulo: Ed. Àtica,1994.
- CHIATTONI, H.B.C. **A Significação da psicologia no contexto hospitalar.** In: ANGERAMI, V. A .C. (org.) **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Pioneira, 2000, p. 73 - 165.
- CORDÁS, T. A. e MORENO, R. A. ( editores) **Condutas em psiquiatria.** São Paulo: Lemos Editorial,1993.
- CORREIA, P. C. BRANCO, P. D. AMARY, A . **Queimaduras: fisiopatplogia, diagnóstico, avaliação e seu tratamento clínico e cirúrgico.** Rio de Janeiro: Atheneu Ltda. , 1980.
- CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido,** São Paulo: EDUC: Brasiliense,1996.
- DUTRA, E. M..S. **Compreensão de tentativas de suicídios de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa.** Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, IPUSP, São Paulo: 2000.
- FIGUEIREDO, L.C.M. **Revisitando as psicologias:da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos.** São Paulo: Vozes, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Escutar, recordar, dizer: encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica.** São Paulo: Educ/Escuta, 1994.
- FLAHERTY, CHANNON & DAVIS. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento.** Trad. De Dayse Batista. Porto Alegre: Artes médicas,1990.
- FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.**São Leopoldo/RS: Sinodal/Vozes, 1991.

- \_\_\_\_\_. **Dar sentido à vida: a logoterapia de Viktor Frankl.** Petrópolis/RJ: Vozes, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Psicoterapia para todos.** Petrópolis/R.J.: Vozes, 1992.
- \_\_\_\_\_. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo.** São Paulo: Santuário, 1989.
- GOMES, D.R. SERRA, M.C. PELLON, M.A **Queimaduras.** Rio de Janeiro: Revinter, Ltda. 1995.
- GOMES, D. R. SERRA, M. C. MACIEIRA, L. **Condutas atuais em queimadura.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- GORDON, N. **O físico: a epopéia de um médico medieval.** Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- GUIMARÃES, S.S. **Introdução ao estudo da dor.** In: CARVALHO, M.M.M.J.(org.) **Dor: um estudo interdisciplinar.** São Paulo: Sumus, 1999, p.13 - 29
- HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos.** In **Os pensadores,** São Paulo: Nova Cultural, 1999. Tradução e notas Ernildo Stein.
- \_\_\_\_\_. **Ser e Tempo.** Petrópolis/RJ: Vozes, 1999 –parte I e II
- KELEMAN, S. **Viver o seu morrer.** São Paulo : Summus , 1997
- KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Morte: estágio final da evolução.** Rio de Janeiro: Record, 1996.
- KOTZE, L. **O efeito placebo.** Revista brasileira de medicina psicossomática. Nota do Editor. Abril/maio/junho 1998. vol 2. nº 2.(p. 40 – 41).
- KOVÁCS, M. J. **Atendimento psicológico em unidades de cuidados paliativos.** In Revista brasileira de medicina. Vol.56 – nº 8 – agosto de 1999. (p. 786 –794).
- \_\_\_\_\_. (coord.) **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- LOURAUX, N. **A tragédia grega e o humano.**In. NOVAES, A. (coord.) **Ética.** São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura, 1992.
- MAGEÉ, B. **História da filosofia.** São Paulo: Loyola, 2002.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo. Freitas Bastos, 1971.
- MOFFATT, A. **Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo.** São Paulo: Cortez, 1987.
- MOLINARO, A. **Alterações imunológicas.** In : SERRA, M.C. GOMES, D. R. **A criança queimada.** Teresópolis, Rio de Janeiro: Eventos, 1999, (p. 109 a 116).

- \_\_\_\_\_. **Alterações imunológicas no queimado.** In GOMES, D.R. SERRA, M. C. PELLON, M. A. **Queimaduras.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995. ( p. 101 – 112).
- MORA, J.F. **Dicionário de filosofia.** São Paulo: Edições Loyola, 2001. Tomo II.
- MORATO, H.T.P. (coord.) **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- PASQUÁ, H. **Introdução à leitura de Ser e Tempo de Martin Heidegger.** Inst. Piaget, 1993.
- PINEL, H. **Educadores de rua, michês e a prevenção contra DST/AIDS: uma compreensão Frankliana do ofício no sentido da vida.** 2000. Tese de doutorado em Psicologia – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. (436 p.).
- REVISTA VEJA – Editora Abril edição 1736, ano 35 n° 4 30/01/2002 – **Não vou desanimar** – Gabriela Carelli- Entrevista (p. 11-13).
- REVISTA VEJA – Editora Abril edição 1737 ano 35 n° 5 06 /02/2002 – **É hora de atacar o sofrimento-** Anna Paula Buchalla e Cristina Poles, (p. 72 – 79).
- REVISTA VEJA – Editora Abril edição 1708, ano 34 n° 27 11/07/2001 – **O humor afasta doenças** – Karina Pastore e Cristina Poles , (p. 98 – 101).
- ROCHA, Z. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana.** São Paulo: Escuta, 2000.
- ROLNIK, S. **Mudança no divã** – uma perspectiva ético/estético/política em psicanálise. Palestra proferida na mesa redonda: “psicanálise e poder”, III Fórum brasileiro de psicanálise. Belo Horizonte: 1994.
- ROMANO, B.W. **Princípios para a prática clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- SANTOS, R. A. **Dor.** Boletim Científico Sociedade Brasileira de Queimaduras – RJ Rio de Janeiro, ano 2 n° 1 Jan/fev/mar. 2001 (p.8).
- SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos.** São Paulo: E.P.U. 1989.
- STEDFORD, A. **Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal.** Porto Algre: Artes Médicas, 1986.
- TORRES, J. V. **Angústia e desamparo numa perspectiva heideggeriana.** Revista Perspectiva filosófica – vol. 6 - n° 11 jan/jun. /1999. (p.145 – 157).
- VATTIMO, G. **Introdução a Heidegger.** Lisboa/Portugal: Edições 70 Ltda. Tradução de João Gama, a partir da 5ª ed./1987.
- VERNANT, J. P. e NAQUET, P.V. **Mito e tragédia na Grécia antiga.** São Paulo: Brasiliense, 1988.

WERNECK, G. L. REICHENHEIM, M. E. CARPEGGIANI, R. **Aspectos psicossociais das queimaduras**. In: GOMES, D. R. SERRA, M. C. PELLON, M.A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, Ltda., 1995, (p. 227 – 229).

XAUSA, I. A . M. **A Psicologia do sentido da vida**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1988. 2ª edição.



## **ANEXOS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO.  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ....., fui plenamente informado da natureza desta pesquisa, seus objetivos métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar. Após a obtenção dessas informações dou meu consentimento voluntário para participar da pesquisa **Vividação** na pele restaurada: limite entre o viver e o morrer do paciente grande queimado e o cuidado da equipe hospitalar, que consta de uma entrevista, que será gravada e em seguida literalizada. A mesma não trará nenhum risco à minha dimensão biopsicossocial. Tenho plena autonomia para retirar o meu nome quando achar de minha conveniência, tendo a garantia da pesquisadora que minha identidade será mantida em absoluto sigilo e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa científica.

Pesquisadora: Josélia Quintas.

Data: .....

Participante