

**O QUE SE PODE SABER?  
HISTÓRIAS SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR  
QUEIMADURA**

**ANA LÚCIA NANO BARBIERI**

**SÃO PAULO**

**2004**

**O que se pode saber?**  
**Histórias sobre tentativa de suicídio por queimadura**

**Ana Lúcia Nano Barbieri**

**Dissertação de mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Pública como exigência parcial para obtenção  
do Título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil.**

**Orientação: Profa. Dra. Maria da Penha Costa  
Vasconcellos**

**São Paulo**

**2004**



44834/2004 cg

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores. Ao usá-la cite a fonte.

Assinatura:

Data:

**Ao João Luis, meu amor.**

**À minha mãe, Leonor, por todo seu carinho, e a meu pai, Domênico, que ficaria tão realizado.**

**Aos meus irmãos Aldo e Ana Cláudia.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço de forma especial a minha orientadora Maria da Penha Costa Vasconcellos que me recebeu com carinho, acreditou em mim e dedicou-se à tarefa de orientar com toda sua competência.

À Professora Dra. Miriam Debieux Rosa e Dr. Carlos Fontana pelo cuidado que tiveram na avaliação deste trabalho e contribuições valiosas em ocasião da defesa do projeto e da pré-banca.

Aos Professores Doutores Maria Helena Pereira Franco, Sidnei Cazeto e Alberto Olavo Advíncula Reis pela disponibilidade e interesse neste trabalho.

Ao Professor Dr. Marcus de Castro Ferreira por sua atenção.

Ao Dr. David de Souza Gomez por seu incentivo.

À Vanda Nascimento, minha interlocutora de plantão, Aline de Omena e Karin Slemenson que além da amizade contribuíram imensamente, com todo entusiasmo e valor profissional que possuem.

Ao meu marido, João Luís Macedo dos Santos, pelas diversas formas de ajuda.

Pela revisão a José Ferreira dos Santos e Aldo Barbieri. A este último, também pelo trabalho de transcrição das fitas e sugestões. Sugestões ainda de Vera Cecília Machline e apoio de Nanci Fuso.

Aos meus médicos, Cristiano Zerbini, Yolanda Garcia e José Antonio Atta e à terapeuta ocupacional Ana Paula Villar S. Busnardo, pela arte de tratar.

À Carmen Molloy, minha analista, por todo seu saber.

À psicanalista Renata Udler Cromberg pelo encontro tão gostoso e rico por tantos anos.

Aos amigos Ana Cristina de Oliveira A. Vieira, Lia Maria Britto da Silva, Melissa Issler, Sophie Capps Moore, Olvenara A. Fernandes, Ailton A. Machado, José P. Machado, Monika B. Dantas, Marta L. V. Longo e Carla T. Hauser que estão em meu coração, alguns apesar da distância.

À Celeste I. C. Gobbi e Sandra F. Magrini pela amizade e companheirismo.

À Débora Macedo, Enéias Macedo e Nilton de Moraes pelo entusiasmo.

A todos que trabalham e trabalharam no Serviço de Queimaduras, dedicando-se aos pacientes “queimados”, e que talvez não saibam o quanto contribuem com suas histórias em minha vida pessoal e profissional.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico pelo empenho na busca dos prontuários.

E, especialmente, aos pacientes por compartilharem suas histórias, suas dores.

## RESUMO

Barbieri ALN. **O que se pode saber? Histórias sobre tentativa de suicídio por queimadura.** São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Pessoas acometidas por queimaduras extensas sofrem danos corporais importantes. O tratamento é complexo, requer longos períodos de internação e é dolorido. Como decorrência das queimaduras encontram-se seqüelas funcionais e estéticas. O sofrimento emocional está presente neste acontecimento, durante o tratamento das lesões e na convivência com as seqüelas. Há o medo da morte, o sofrimento advindo da dor, da separação da família. Há a alteração do corpo que provoca estranhamento ao paciente e às pessoas ao seu redor. Tal experiência é um fenômeno complexo que envolve aspectos psíquicos, culturais e sociais. As queimaduras são decorrentes de acidentes, tentativas de suicídio e homicídio. O processo que leva à queimadura pode ser desencadeado por condições existentes anteriormente, como alcoolismo e distúrbios psiquiátricos. O presente trabalho tem por objetivo compreender os significados psíquicos das tentativas de suicídio por queimadura e investigar os motivos nomeados para a escolha do fogo como agente e as repercussões no âmbito social dos sujeitos que tentam esta forma de suicídio. Foi realizado o levantamento de prontuários de pacientes atendidos pelo Serviço de Queimaduras da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a seleção dos sujeitos da pesquisa e para a coleta de dados. Foram realizadas sete entrevistas para a obtenção das histórias de vida. Recorreu-se à análise qualitativa do material obtido durante as entrevistas à luz da psicanálise, como referencial teórico e método interpretativo, destacando-se os temas trazidos e as cenas das queimaduras.

**Descritores:** Queimaduras. Aspectos Psíquicos. Tentativas de Suicídio.

## SUMMARY

Barbieri ALN. **O que se pode saber? Histórias sobre tentativa de suicídio por queimadura.** [What can be known? Stories about suicide attempts by burn]. São Paulo (BR); 2004. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

People with extensive burns suffer major body damages. Treatment is complex and painful, and demands long hospitalization. Burns also bring functional and aesthetic consequences. Emotional suffering occurs not only during hospitalization and wound treatment, but also throughout life. During hospitalization there's the fear of death, pain and separation from the family. Afterwards there are bodily alterations that occasion a feeling of strangeness both to the patient and to people near him/her. Such experience is a complex phenomenon involving psychic, cultural and social aspects. Burns derive from accidents and homicide or suicide attempts. The process that leads to a burn can start from existing conditions, as alcoholism or psychiatric disorders. This M. A. dissertation seeks to understand the psychic meanings of the suicide attempts by burn. In particular, it aims to investigate the reasons underlying the choice of fire as a death agent and the social consequences for the subject who attempt suicide by this means. Research for subjects selection and data acquisition was carried out in the files of patients treated at the Burns Service of the Plastic Surgery and Burns Division of the *Hospital das Clínicas* at São Paulo University School of Medicine. Seven interviews were given by patients in order to collect their histories of life. Data acquired at the interviews underwent qualitative analysis from the angle of psychoanalysis, as theoretical reference and interpretative method, with emphasis on the treated themes and the burns scenes.

**Descriptors:** Burns. Psychic aspects. Suicide attempts.

# ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	
<b>1.1</b>	<b>Dados Epidemiológicos</b>	<b>2</b>
<b>1.2</b>	<b>O Paciente Queimado</b>	<b>7</b>
<b>1.3</b>	<b>Efeitos das Queimaduras</b>	<b>10</b>
<b>1.4</b>	<b>Definições sobre Queimaduras</b>	<b>13</b>
<b>1.5</b>	<b>O Serviço de Queimaduras e os Pacientes</b>	<b>16</b>
<b>1.6</b>	<b>Objetivos</b>	<b>24</b>
<b>1.6.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>24</b>
<b>1.6.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>24</b>
<b>2.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</b>	
<b>2.1</b>	<b>Significações do fogo</b>	<b>26</b>
<b>2.2</b>	<b>Suicídio e Psicanálise</b>	<b>31</b>
<b>3.</b>	<b>PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b>	
<b>3.1</b>	<b>As Histórias Orais de Vida</b>	<b>38</b>
<b>3.2</b>	<b>O Contato com os Pacientes</b>	<b>40</b>
<b>3.3</b>	<b>Procedimentos Metodológicos</b>	<b>42</b>

<b>3.3.1</b>	<b>Sujeitos</b>	<b>42</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Material</b>	<b>42</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>43</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Coleta de Dados</b>	<b>44</b>
<b>3.4</b>	<b>O Método Qualitativo</b>	<b>45</b>
<b>4.</b>	<b>O PRONTUÁRIO:</b>	
	<b>A HISTÓRIA DO PACIENTE DOCUMENTADA NO HOSPITAL</b>	
<b>4.1</b>	<b>O Prontuário como Documentação do Paciente</b>	<b>49</b>
<b>4.2</b>	<b>Dados Gerais</b>	<b>57</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Quanto ao Agente da Queimadura</b>	<b>57</b>
<b>4.3</b>	<b>Saúde Mental</b>	<b>60</b>
<b>4.4.</b>	<b>As queimaduras por Suicídio e Tentativa de Suicídio</b>	<b>61</b>
<b>4.4.1</b>	<b>O Primeiro Grupo</b>	<b>61</b>
<b>4.4.2</b>	<b>O Segundo Grupo</b>	<b>65</b>
<b>5.</b>	<b>AS ENTREVISTAS:</b>	
	<b>OS PACIENTES E SUAS HISTÓRIAS DE VIDA</b>	
<b>5.1</b>	<b>O Contato com os Pacientes</b>	<b>69</b>
<b>5.2</b>	<b>O Início das Entrevistas</b>	<b>71</b>
<b>5.3</b>	<b>Temas das Entrevistas</b>	<b>72</b>

<b>5.4</b>	<b>As Cenas das Tentativas de Suicídio</b>	<b>90</b>
------------	--	-----------

<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>101</b>
-----------	-------------------	------------

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **ANEXOS**

<b>Anexo 1</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>A1</b>
<b>Anexo 2</b>	<b>Folha de Observação Clínica</b>	<b>A2</b>
<b>Anexo 3</b>	<b>Folha de Resumo Clínico de Alta</b>	<b>A3</b>
<b>Anexo 4</b>	<b>Ficha de Pronto-Socorro</b>	<b>A4</b>
<b>Anexo 5</b>	<b>Folha de Evolução Clínica</b>	<b>A5</b>
<b>Anexo 6</b>	<b>Ficha de Avaliação e Conduta Inicial</b>	<b>A6</b>
<b>Anexo 7</b>	<b>Folha de Pedido de Consulta</b>	<b>A7</b>
<b>Anexo 8</b>	<b>Ficha de Banco de Dados</b>	<b>A8</b>
<b>Anexo 9</b>	<b>Entrevistas</b>	<b>Em CD- ROM</b>

# **1. INTRODUÇÃO**

## 1.1 Dados Epidemiológicos

Estudos epidemiológicos sobre pacientes que sofreram queimaduras são diversos e apontam dados como sexo, faixa etária, número de queimaduras, agente e causa, local e horário do acontecimento, porcentagem da superfície corpórea queimada, índices de mortalidade, incidência de hospitalizações, entre outros. As queimaduras são classificadas como causas externas de mortalidade, não sendo necessária a notificação compulsória segundo determinação dos órgãos governamentais da saúde.

PANJESHAHIN et al. (2001) estudaram 2.043 pacientes admitidos para internação, em um total de 41.668 pacientes atendidos em emergência, em dois centros de tratamento para vítimas de queimaduras, na província de Fars, no Irã, entre março de 1994 e março de 1998. A incidência de pacientes que necessitaram de tratamento especializado nesses hospitais foi de 273 por 100.000 pessoas por ano.

Os dados levantados apontam que dos pacientes admitidos para internação (2043 casos) 56% dos pacientes eram do sexo feminino e 44% do sexo masculino, correspondendo à hospitalização de mulheres na razão de 15,2 por 100.000 pessoas por ano e 11,6 por 100.000 pessoas por ano para homens. Observaram que a mortalidade ocorreu em 34% dos casos (704/2043), representando taxa de mortalidade de 4,6 por 100.000 pessoas

por ano e 13,4 taxa de hospitalização. A maioria das queimaduras ocorreu em casa (94% dos casos), 1% no trabalho, 3% em locais como rua e fazendas. Oitenta e quatro por cento das queimaduras foram acidentais, sendo mais comuns entre mulheres. Queimaduras por fogo ocorreram em 76% dos casos, 81,5% de todas as queimaduras em mulheres e 42% foram fatais.

Tentativas de suicídio ocorreram em 14% dos casos (296 pacientes), na razão de 6,4 mulheres para cada homem. A mortalidade de pacientes que tentaram suicídio foi significativamente maior do que nos casos de queimaduras acidentais (78% - 231/296 tentativas de suicídio e 26,7% - 463/1731 casos acidentais) encontrando-se dados na literatura, segundo os autores, que reportam tendência de aumento na freqüência de tentativas de suicídio por queimaduras. As queimaduras por suicídio ocorreram predominantemente na faixa etária entre 15 e 29 anos. Tentativas de suicídio em todos os pacientes com idade maior ou igual a 11 anos foram a causa de 41,3% (256/620) das queimaduras envolvendo mulheres e 10,3% (40/388) das queimaduras nos homens. Os autores levantam hipótese de que as tentativas de suicídio por queimaduras em mulheres ocorrem pela baixa condição de nível cultural e econômico, a falta de perspectiva para solução de problemas individuais e a facilidade de acesso a agentes inflamáveis. Queimaduras por tentativa de homicídio ocorreram em 16 pacientes (0,8%) e foram mais comuns em mulheres. Em outros estudos, referendados pelos autores, há divergência de dados epidemiológicos quanto à predominância do sexo.

Segundo DE-SOUZA et al. (1998), em estudo realizado na Unidade de Queimaduras do Hospital da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, as queimaduras domésticas e decorrentes do trabalho são comuns. Foram avaliados 229 pacientes hospitalizados no período entre janeiro de 1990 e abril de 1995. “Os homens foram vítimas de queimaduras com maior frequência do que as mulheres (148 pacientes homens, 64,6% de todos os casos, *versus* 81 pacientes mulheres, 35,4% de todos os casos)” (p.434). Com relação à tentativa de suicídio, as queimaduras provocadas com esta intenção, ocorreram em 46% de todas as queimaduras entre mulheres (20 entre 43 mulheres) e em 8,9% nos homens (8 entre 90 homens).

Segundo dados do PRO-AIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo - o número de óbitos por exposição ao fogo, fumaça e chamas no primeiro semestre de 2001 foi de 52 casos e no ano de 2000 de 96 casos. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) os óbitos por acidentes causados por fogo e chamas em 1995 foram de 272 casos, sendo 170 do sexo masculino e 102 do sexo feminino.

Os avanços da medicina proporcionam a recuperação de pacientes com queimaduras que estavam fadados ao óbito. A possibilidade crescente de manter a vida dessas pessoas é possível pelo avanço das técnicas cirúrgicas, como as incisões precoces e enxertias e pelo controle de infecções (WARDEN, 1997). Como consequência, o autor enfatiza que (....) “vários pacientes que, por outro lado, estariam fadados à morte se defrontam

com uma vida fragmentada por problemas psicológicos como resultado do desfiguramento” (p.526).

O tratamento, compreendido por vários procedimentos, envolve uma equipe caracterizada pela composição de diversos profissionais da saúde. São médicos especializados no tratamento em terapia intensiva, que cuidam da preservação das funções orgânicas dos pacientes e também os cirurgiões plásticos, responsáveis pelos aspectos cirúrgicos como por exemplo as escarectomias (limpeza cirúrgica para retirada de tecido necrótico), enxertias de pele e correções de seqüelas de queimaduras. As enfermeiras e auxiliares de enfermagem são responsáveis pela assistência ao paciente, desde o atendimento de urgência até sua alta, dentre outras ações. Realizam os curativos, administram medicações, higiene e alimentação (VIDAL, 1998); fisioterapeutas são encarregadas pelos cuidados das funções respiratórias e motoras.

Terapeutas ocupacionais atuam na reabilitação motora do paciente, de forma a impedir e corrigir seqüelas funcionais, através de equipamentos específicos e têm (...) “por objetivo habilitar ou reabilitar o indivíduo que apresenta uma limitação ou deficiência em seu desempenho, como decorrência de diferentes condições patológicas” (GOLLEGÃ et al. 2001, p.138). Como objetivo principal, visa atingir o potencial máximo do indivíduo, alcançando autonomia em sua vida cotidiana e inclusão social, sendo a atividade terapêutica um meio pelo qual o paciente torna-se ativo no processo de recuperação. Nutricionistas atuam de forma a controlar a alimentação e administração de dietas que visam repor as necessidades

nutricionais (ocorrem grandes perdas calóricas e protéicas) do paciente queimado, procurando adaptar estas necessidades com o hábito e seu gosto alimentar. A recuperação do paciente queimado exige atenção de profissionais especializados que possam atuar com intervenções precoces, as quais garantem a melhoria da qualidade dos atendimentos.

Com o incremento do atendimento ao paciente queimado e conseqüentemente com sobrevida maior, a família e a sociedade recebem o paciente com seqüelas de queimaduras graves e desfigurantes com padrões e valores próprios. "O paciente com queimaduras deverá lidar não só com suas feridas, mas também com impressões construídas socialmente que são adotadas precocemente na vida, através de desenhos, publicidade, televisão e cinema" (WARDEN, 1997, p.526).

Condições psíquicas peculiares também estão presentes quando o paciente com queimaduras é admitido no hospital. Conforme BLAKENEY e MEYER III (1997) o sofrimento da dor e ansiedade são constantes. De igual forma, o medo da morte é matizado pelo medo da dor e medo dos procedimentos do tratamento. É sabido, conforme relatam os autores, que uma multiplicidade de fatores orgânicos, tanto os ferimentos, o tratamento, como condições pré-mórbidas à doença, podem contribuir para sintomas psicológicos de desorientação, confusão, distúrbio do sono, psicose transitória e delírio, comumente observados em pacientes adultos e adolescentes.

O interesse principal que norteou o presente trabalho foi o de compreender os significados psíquicos das tentativas de suicídio por

queimaduras, bem como investigar os motivos atribuídos para a escolha do agente *fogo* e investigar as repercussões no âmbito social daqueles que cometem essas tentativas de suicídio.

## 1.2 O Paciente Queimado

Quando me propus a trabalhar com pacientes que sofreram queimaduras ouvi daqueles que me cercavam palavras que revelavam certa repulsa. Repulsa, principalmente, porque as queimaduras são feridas expostas, que remetiam ao meu interlocutor à imagem de uma situação de intensa dor e pelo fato das queimaduras provocarem transformação no corpo, a deformidade. Não estava eu imune a este sentimento e nem a outros. O que viabilizou o desenvolvimento de um trabalho psicológico foi a possibilidade de poder olhar algo além do que estava aparente nos pacientes.

Os “queimados”, como são chamados pelos profissionais que os assistem, são pessoas que, a partir da queimadura, trazem suas histórias de vida, sentimentos que deflagram uma outra dor. Vale ressaltar o significado da palavra deflagrar: “irromper repentinamente, atear, provocar, excitar” e ainda, no sentido original, “inflamar-se com chama intensa, centelhas ou explosões” (FERREIRA, 1986, p.528). O que saltava aos olhos não eram mais as feridas dessas pessoas, não mais os gritos de uma dor física. Lentamente constituía-se para mim um outro cenário, onde se apresentava,

ressalto novamente, um olhar além das feridas e uma escuta além dos gemidos. Falamos então de um sofrimento, inerente à dimensão humana, sofrimento psíquico, que é trazido pela queimadura e onde se apresenta um sujeito com seu corpo e com sua história, condição presente também em outras enfermidades.

Os cuidados médicos e de enfermagem pelos quais os pacientes são submetidos desencadeiam dores intensas, que imprimem uma marca no corpo, marca de sofrimento. Os pacientes se perguntam o que teriam feito em suas vidas para passarem por tal sofrimento, dando significado à queimadura de castigo pelo qual devem passar, por vezes um castigo divino, como referi em outro trabalho (BARBIERI, 1999):

Podemos considerar que a dor física remete o paciente a outra dor, dor psíquica, a qual está mobilizada nos momentos de maior dor física. Nestes momentos o paciente fala de seus vínculos afetivos, de perdas que ocorreram em sua história, significando a dor corporal (p.140).

E o que poderíamos pensar sobre as queimaduras que são decorrentes de tentativas de suicídio?

O comportamento suicida pode ser definido (...) "como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato" (BOTEGA et al., 2000, p.157).

No Serviço de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP são atendidos pacientes com diversas histórias de

queimaduras. As tentativas de suicídio por vezes são declaradas pelo próprio paciente, por algum familiar e, em vários casos, é levantada a hipótese de tentativa de suicídio por parte da equipe de saúde, mesmo quando o paciente relata que sua queimadura foi acidental. Esta hipótese se constitui pelas características da queimadura, especificamente à região do corpo acometida<sup>1</sup> e por versões que surgem com elementos pouco claros, confusos, com explicações pouco sustentáveis, relatadas pelo próprio paciente e/ou familiares. Histórias de tentativas de suicídio podem estar relacionadas a um conflito familiar, à condição de alcoolismo ou a distúrbios psiquiátricos. Configura-se uma trama em torno das histórias das queimaduras, por vezes nebulosa, composta por relatos diversos e contraditórios.

Como falar de algo tão pessoal a pessoas desconhecidas? Uma resistência? Um mecanismo psíquico de defesa para não entrar em contato com o que poderia ser ameaçador à integridade psíquica, estando a integridade física ameaçada? Coloca-se aqui a dificuldade do paciente em falar de sua tentativa de suicídio, negação do ato, que sinaliza implicações psíquicas peculiares.

Pergunta-se então o que representa esse ato. Uma tentativa de solucionar um conflito interpessoal? O que imaginam resolver? Uma forma de se contrapor à atitude de alguém, como um protesto? Uma agressão a si e ao outro? E de que forma? Que deixa marcas permanentes? Há outros

---

<sup>1</sup> As partes do corpo que usualmente se queimam e levam a equipe a levantar a hipótese de tentativa de suicídio são: área cervical (pescoço, atingindo por vezes parte do queixo); tronco (ombros e abdômen); membros superiores (por vezes com o predomínio de um deles); dorso.

fatores que não os individuais que podem contribuir para tal ocorrência? Parte-se do pressuposto que este tipo de queimadura diz respeito a um sintoma psíquico, não sendo necessariamente caracterizado com um distúrbio psiquiátrico.

Diante desse cenário podemos pensar o que significam as tentativas de suicídio por queimaduras.

### **1.3 Efeitos das Queimaduras**

Inúmeras impressões são causadas ao nos depararmos com uma pessoa que tenha sofrido queimadura. Dentre elas podemos pensar na dor, nas feridas sendo tratadas, nas marcas deixadas pelo ocorrido e em como a queimadura se deu. Podem ser destacados os aspectos envolvidos no tratamento, tomando como objeto de estudo os procedimentos médicos realizados, a relação do paciente com seu tratamento, com sua família e sua integração social e a relação da equipe com esse paciente.

O problema das queimaduras adquire *status* no campo da saúde pública ao considerarmos fatores sócio-econômicos daqueles que sofrem essas ocorrências. São na grande maioria acidentais (acidentes domésticos e ligados à atividade profissional desenvolvida), em que a precariedade de moradia e condições de trabalho parecem propiciar as queimaduras ou, ainda, nos casos em que a saúde dos indivíduos são fatores desencadeantes das ocorrências, como o alcoolismo e a epilepsia. Os

aspectos psicológicos e sociais referentes à reintegração dessas pessoas na sociedade também são abordados.

Condições pré-mórbidas são apresentadas como fatores etiológicos para o acontecimento das queimaduras. MEYRE III e BLAKENEY (1997) enfatizam a preexistência de distúrbios psiquiátricos na história de pessoas que sofrem queimaduras. Dentre eles é comum encontrar casos em que há abuso de substâncias, disfunção orgânica cerebral, hiperatividade, *deficit* de atenção, desordens de conduta e de personalidade. Ressaltam ainda que desorientação, confusão, distúrbios do sono, psicoses transitórias e *delirium* são sintomas presentes durante a internação de pacientes com queimaduras, porém estes sintomas não indicam necessariamente patologia pré-mórbida. Quanto à depressão, os autores colocam que, mesmo sendo uma reação esperada, raramente é observada nos casos de seqüelas de queimaduras antigas.

Segundo BLUMENFIELD e SCHOEPS (1992) pode ocorrer angústia provocada pela lembrança ou por sonhos sobre o evento, ações e sentimentos que ocorrem como se o evento traumático estivesse acontecendo, incluindo a sensação de reviver a experiência. Estes sintomas são esperados na fase imediatamente após o período pós-queimadura. Os autores ressaltam que a queimadura acarreta várias perdas e separações.

Há a perda da saúde, da aparência, da habilidade para a função como trabalhador, pai/mãe, amigo, ser amado ou estudante. Há a separação daqueles que o ama e o isolamento no hospital. (...) Com as perdas e a separação há um inevitável grau de depressão (p.602).

Nas áreas da medicina e psicologia a patologia é estudada segundo alterações dos processos biológicos e/ou psicológicos. Em uma perspectiva antropológica trata-se das enfermidades, que (...) “incorpora a experiência e a percepção individual relativa aos problemas decorrentes da patologia, bem como a reação social à enfermidade” (ALMEIDA FILHO et al., 1999, p.102). De acordo com KLEINMAN (1992), citado por ALMEIDA FILHO et al. (1999, p.103), encontramos que:

No paradigma médico ocidental, patologia significa mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicológicos no indivíduo; enquanto enfermidade representa reações pessoais, interpessoais e culturais perante doença e desconforto. A enfermidade é conformada por fatores culturais que governam a percepção, rotulação, explicação e valorização da experiência do desconforto, processos imbuídos em complexos nexos familiares, sociais e culturais. Dado que a experiência da enfermidade é uma íntima parte do sistema social de significações e regras de conduta, ela é fortemente influenciada pela cultura: ela é, como veremos, culturalmente construída (KEINMAM, 1992, p.252).

Da mesma forma que a doença é construída cultural e socialmente, na antropologia médica o corpo também é passível de diversas leituras. (...) “O corpo pode ser tomado como um suporte de signos, ou seja, suporte de qualquer fenômeno gerador de significação e sentido” (FERREIRA, 1994, p.102). Parte-se em busca dos significados, tanto para o doente, através de seus sintomas, como para o médico, que se utiliza dos sinais desse corpo

para encontrar a doença. Os significados são construídos, para ambos, a partir da representação de corpo e de doença.

#### **1.4 Definições Sobre Queimaduras**

As queimaduras são (...) “afecções resultantes da atuação do calor sobre o revestimento cutâneo” (RUSSO, 1974, p.161). A gravidade de uma queimadura é avaliada segundo alguns critérios, sendo a profundidade e a extensão de área corpórea acometida os principais.

Segundo CHOCTAW et al. (1995) foi em 1607, com Wilhelm Fabrey, que se obteve a primeira classificação da intensidade da superfície queimada avaliada pela aparência externa. Foram feitas diversas alterações quanto a essa classificação e no século 19, com Boyer, é que se estabeleceu a gradação da queimadura em 1º, 2º, e 3º graus. Sonnenburg e Tachmarke, no século 20, descreveram as queimaduras e distinguiram os processos de cura. Em 1942 foram introduzidos os termos espessura parcial e espessura total para classificar a profundidade das queimaduras. Perda da espessura parcial da pele é a perda total da epiderme e parte da derme, sendo que o crescimento do tecido se dá pela migração da epiderme (...) “a partir das margens da ferida e também a partir dos anexos cutâneos lesados, remanescentes no leito cruento – os folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas” (GOMEZ, 1998, p.10). A queimadura de espessura total é a lesão total da epiderme e praticamente de toda a derme e o

organismo cria mecanismos para fechar a ferida que resulta no processo de cicatrização, acarretando em seqüelas estéticas e funcionais.

Para a extensão da queimadura o cálculo se dá segundo a porcentagem da superfície corpórea queimada em relação à superfície total do corpo. Um dos métodos utilizados para efetuar o cálculo é o esquema de Lund e Browder, que retrata a proporcionalidade de cada região do corpo, considerando a idade do paciente. Partes do corpo atingidas também são critérios que influenciam na classificação. As faixas etárias extremas, que incluem as crianças e pessoas idosas, indicam maior gravidade, bem como áreas específicas atingidas como face, períneo e mãos.

Sobre o tratamento das queimaduras têm-se registros datados anteriormente a 1500 a.C., quando se utilizavam estranhas misturas de cascas de limão molhadas em preparações oleosas. Segundo ARTZ (1979) um dos primeiros livros sobre queimaduras foi escrito no século 16 com o título *Um proveitoso e necessário livro de observações para todos aqueles que são queimados pelas chamas da pólvora*, descrevendo o tratamento com uso de pomadas. Atualmente o tratamento de queimaduras consiste na utilização de curativos com ou sem aplicação de antimicrobiano tópico e outros medicamentos, podendo o paciente ficar exposto ou com um curativo oclusivo. O tratamento cirúrgico consiste em escarectomia, escarotomia, desbridamento e enxertias de pele sã ou pele restaurada.

A mortalidade em pacientes com queimaduras é provocada principalmente pela dificuldade de controle da infecção. Há prejuízo do funcionamento pulmonar e renal, entre outros.

Segundo WERNECK e REICHENHEIM (1997) “estudos epidemiológicos de queimaduras na infância no Brasil são escassos. Informações sobre a magnitude exata das queimaduras não têm sido bem documentadas” (p.478). Por outro lado, um estudo realizado entre março de 1996 e março de 1997 envolvendo 112 pacientes hospitalizados por queimaduras, aponta que os acidentes afetaram 23,2% dos casos em crianças com menos de 12 anos de idade, com a prevalência em meninos, ocorrendo no ambiente doméstico, tendo como principal agente os líquidos aquecidos e na presença de um familiar no momento da queimadura (ROSSI et al., 1998).

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, VANA et al<sup>2</sup>. realizaram estudo retrospectivo com 235 prontuários com os quais obtiveram-se os seguintes dados: predominância do sexo masculino, 163 casos, correspondendo a 69,4% do total de casos, a idade dos pacientes variou entre 2 meses e 87 anos (média de 21,6 anos), com prevalência de casos entre 0 e 9 anos (39,6%) e que a maioria dos pacientes eram brancos (72,3%). As queimaduras acidentais envolveram 182 pacientes, constituindo 77,4 % dos casos, sendo que o agente mais comum foi a combustão em 41,3% dos casos. Outras causas de queimaduras foram acidentes de trabalho (15,3%), suicídio (3,8%) e agressão (3,4%).

Para os casos de tentativas de suicídio por queimaduras, ARAÚJO et al. (1999) apontam que a porcentagem de casos atendidos em serviços

---

<sup>2</sup> Este artigo será publicado na *Revista do Hospital das Clínicas* e foi apresentado no III Congresso Brasileiro de Queimaduras; 2001, maio 28 – junho 01; Porto Alegre, Brasil.

hospitalares nos Estados Unidos, Europa, Austrália e Índia variam entre 1 e 9% das admissões de pacientes queimados e correspondem aproximadamente a 2% de todas as tentativas de suicídio. Em estudo realizado pelos autores, entre janeiro de 1998 a janeiro de 1999, das 366 admissões por queimaduras 21 casos (5,7%) se configuraram como tentativas de suicídio, prevalecendo o sexo feminino (80,9% dos 21 casos), com idades entre 13 e 67 anos. Havia história prévia de doença psiquiátrica em 14 casos, sendo a depressão a mais comum. “Foi diagnosticada depressão em 10 pacientes (47,6%), ansiedade em 1 caso (4,7%), distúrbio bipolar em 1 caso (4,7%), e o diagnóstico foi inespecífico em 3 casos (14,2%)” (p.53). Os autores identificaram os agentes precipitantes dessas tentativas de suicídio em 76,1% dos 21 pacientes. Dentre estes pacientes encontraram-se falhas no relacionamento interpessoal como divórcio, briga com o parceiro e viuvez em 14 casos (66,6%), desemprego em 2 casos (9,52%), não sendo encontrados casos de doença crônica ou tentativa de suicídio de conotação política como fatores desencadeantes.

### **1.5 O Serviço de Queimaduras e os Pacientes**

O atendimento a pacientes queimados existe no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 1944, início de funcionamento do Hospital. Segundo RUSSO (1958) os pacientes eram atendidos no Pronto Socorro e em 1947 passaram a serem distribuídos nas

diversas Clínicas Cirúrgicas. Em 16 de janeiro de 1948 criou-se oficialmente o Serviço de “Queimados”, com uma chefia única de caráter administrativo, mas ainda sob a orientação técnica do tratamento variável, de acordo com a Clínica Cirúrgica em que o paciente estava sob responsabilidade. O regime de divisão de responsabilidade dos cuidados aos pacientes pelas diversas Clínicas Cirúrgicas causava divergências nos comandos administrativos, bem como no tratamento propriamente dito, dificultando a padronização do mesmo e o estabelecimento de rotinas e condutas únicas. Em 1954 o Serviço de “Queimados” foi reorganizado e passou a ser um Serviço Auxiliar, ligado à Primeira Clínica Cirúrgica, com administração e orientação técnica unificadas e corpo clínico próprio. Adquiriu então o título de Divisão de Queimaduras. Em 1991 a Clínica de Cirurgia Plástica passou a integrá-la, adotando-se a nomeação de Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras.

O Serviço de Psicologia pertencente ao Serviço de Queimaduras atua com regularidade em suas atividades assistenciais desde 1988. De um modo geral atuam em diversas clínicas do Instituto Central psicólogas da Divisão de Psicologia do referido Instituto. O Serviço de Queimaduras nesta época, até 1991, contava com o trabalho de três psicólogas contratadas, nos anos de 1992, 1994 e 1995 com a atuação de uma psicóloga, em 1993 e a partir de 1996 com o trabalho de duas. Realiza atendimento em avaliação psicológica e psicoterapia aos pacientes internados e ambulatoriais, aos familiares e acompanhantes e a participação com equipe médica e assistencial em orientações e interconsulta sobre os casos atendidos. Desde 1990, conta com a atuação de uma aprimoranda de psicologia e em 2003

com duas (estas realizam o Curso de Aprimoramento em Psicologia em Hospital Geral, vinculado à Divisão de Psicologia, que se destina a psicólogos formados).

O Serviço de Queimaduras da Clínica de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P. é referência para o atendimento de pessoas vítimas de queimaduras. Recebe os pacientes que dão entrada no hospital, quer por procura espontânea, quer trazidos pelo sistema de resgate ou encaminhados por outros serviços de saúde. Os pacientes são atendidos no Pronto Socorro do Serviço e são encaminhados para internação ou tratamento ambulatorial. Na enfermaria, além do atendimento emergencial, há o tratamento intensivo (UTI), constando de quatro leitos e o tratamento em enfermaria, com 14 leitos (seis pediátricos e oito para adultos). No ambulatório do Serviço ocorre o tratamento de pacientes que receberam alta da enfermaria e daqueles que não necessitaram de internação. É realizado ainda o tratamento de seqüelas de queimaduras pelo Grupo de Seqüelas de Queimaduras, com ênfase no tratamento cirúrgico e pelo Grupo de Medicina Estética e Cosmiatria.

Os principais aspectos abordados no tratamento são: a) clínicos e cirúrgicos realizados pelos médicos intensivistas e cirurgiões plásticos; b) referentes à mobilidade, por terapeuta ocupacional; c) respiratório e motor, por fisioterapeuta; d) sociais, pela assistente social; e) cuidados de enfermagem, por enfermeiras e auxiliares de enfermagem; f) psicológicos por psicólogas e; g) nutricionais, por nutricionista.

Trabalham na enfermaria e UTI do Serviço um médico cirurgião plástico chefe responsável pelo Serviço, um médico cirurgião plástico supervisor responsável pela área de ensino, oito médicos assistentes (sete cirurgiões plásticos e um intensivista), mais um médico cirurgião plástico e um intensivista comissionados, quatro médicos residentes de cirurgia; sete enfermeiras (uma enfermeira chefe, uma encarregada e cinco assistenciais) e 37 auxiliares de enfermagem; uma assistente social; uma terapeuta ocupacional; quatro fisioterapeutas; uma nutricionista; uma escriturária e duas psicólogas. Há atuação de aprimorandos nas áreas de terapia ocupacional e de fisioterapia e estagiários em nutrição e enfermagem.

No ambulatório do Serviço de Queimaduras, situado no espaço do ambulatório da Cirurgia Plástica, temos três cirurgiões plásticos assistentes (sendo um supervisor) e uma auxiliar de enfermagem que atendem os pacientes em curativos; um médico cirurgião plástico assistente e um residente de cirurgia plástica no Grupo de Seqüelas de Queimaduras; uma assistente social; duas psicólogas e uma terapeuta ocupacional, que também atuam na enfermaria e UTI, com as aprimorandas das respectivas áreas. Os pacientes com seqüelas de queimaduras também são atendidos pelo Grupo de Medicina Estética e Cosmiatria que visa a melhora de cicatrizes inestéticas através de tratamento clínico. Atuam neste Grupo um médico cirurgião plástico assistente e dois médicos cirurgiões plásticos estagiários; uma ortodontista; uma fonoaudióloga; estagiários nas áreas de farmácia, fonoaudiologia, ortodontia e fisioterapia. No Ambulatório conta-se ainda com o trabalho de uma enfermeira, uma voluntária, duas assistentes

administrativas e dois escriturários. O Serviço de Queimaduras está sob a responsabilidade última do Professor Titular da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras.

Quanto aos pacientes, chama nossa atenção a extensão das lesões com que muitos deles chegam. São classificados como *grandes queimados* e sofrem danos importantes na sua condição física. Tanto as lesões como o próprio tratamento provocam dores intensas, requerem longos períodos de internações, procedimentos invasivos, além do grande risco de vida. A debilidade física que estes pacientes apresentam é intensa. Estes elementos compõem as vivências destes pacientes em relação às queimaduras e tornam-se partes integrantes de suas histórias de vida.

O Serviço de Psicologia é o “ouvido” legitimado pela instituição para dar conta da dor emocional dos pacientes. Eles relatam como ocorreram as queimaduras, os medos despertados pela situação de internação, medo da morte, da deformidade, como serão vistos pelos familiares, amigos, pessoas desconhecidas nas ruas. Contam sobre a vida familiar, o trabalho, as dificuldades nas relações. Por vezes dizem exatamente o oposto do que vivem, que não possuem dificuldades conjugais, negam o alcoolismo. Outros falam da dificuldade de relacionamento com os pais, a educação severa, o trabalho na infância, o fato de não terem estudado, a incompreensão, o não ser ouvido. As dificuldades financeiras também estão presentes e acentuam-se com a queimadura, pois muitos são os provedores da família. Nunca haviam ficado internados, nunca sofreram dores tão intensas e constantes.

Ter acesso a estes conteúdos é possível pois se forma entre paciente e psicólogo uma relação transferencial que propicia o trabalho terapêutico. Em psicanálise é um conceito que possui várias acepções. A relação transferencial é uma relação privilegiada que se estabelece entre analisando e analista. Uma das possibilidades de definição diz respeito à transferência enquanto um instrumento para o processo de tratamento, de extremo valor para a construção de interpretações. Também diz respeito ao material inconsciente do analisando, os desejos, que são depositados no analista e que têm relação com objetos externos à relação analítica. Acreditamos que com o trabalho clínico desenvolvido em hospital, tomando como referência a possibilidade da construção da relação transferencial, é possível pesquisar o significado para a queimadura, e não nos contentarmos com a explicação da queimadura ter sido por descuido ou uma bobagem que se fez.

Trabalhando este aspecto, por exemplo, nas queimaduras acidentais, os pacientes se dão conta do quanto já colocaram suas vidas em risco, antes deste acidente, sobre o quanto valorizam a palavra do outro e desconsideram seus próprios valores, seus planos de vida, seus desejos. Pensam e falam de suas relações, o quanto se sentem rejeitados e/ou estão deprimidos.

Muitos pacientes partilham suas histórias com algum membro da equipe ao qual ligam-se afetivamente. Elas são ouvidas de formas peculiares. Cada um irá lidar com isso de acordo com sua formação profissional, pessoal, seus valores, cultura e histórias de vida própria e promoverá relações únicas deste profissional com cada paciente. Para

muitos o paciente se torna “chato” porque solicita demais a atenção da equipe de enfermagem, não colabora com os exercícios, sente dor em uma lesão que não é dolorida, grita antes mesmo de iniciar o curativo, “quer chamar a atenção” e “vem dar trabalho para a equipe” (nos casos em que a queimadura ocorreu por tentativa de suicídio).

Por vezes os pacientes não se recordam de como ocorreu a queimadura, lembram-se até um determinado ponto e que depois já havia fogo no corpo. Não conseguir dizer o que ocorreu seria um lapso de memória? Poderia ser este lapso devido à vivência de uma situação traumática? E nas tentativas de suicídio? Não dizer que quis se matar pode ser compreendido como uma ameaça à integridade psíquica tão intensa quanto a própria tentativa de morrer. Parece haver algo tão insuportável de se (com) viver que a única saída é acabar com o sofrimento dando fim à vida.

Por vezes as histórias das queimaduras são contadas por um familiar que vem ao hospital e estas histórias podem divergir das contadas pelos pacientes. Outro informante potencial é a equipe de resgate que traz esse paciente ou um relatório médico de um outro hospital no qual o paciente foi atendido.

Vale alertar o que entendemos pela perspectiva da psicanálise quando falamos das diversas histórias que surgem sobre as queimaduras ou sobre qualquer outro aspecto da vida do sujeito. Trata-se de considerar o que é dito enquanto realidade psíquica, ou seja, aquilo que se passa no

psiquismo deste sujeito com uma coerência que lhe é única, mediante os processos inconscientes (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986).

Nas queimaduras acidentais, principalmente com crianças, observamos sentimento de culpa por parte dos pais, que se sentem impotentes diante da enfermidade dos filhos. Às vezes a própria equipe atribui culpabilidade a pais rotulando-os de negligentes ou agressores e, por vezes, circunstâncias desta ordem existem.

Nas queimaduras ocorridas por tentativa de suicídio a própria família e a equipe se perguntam por que o paciente cometeu tal agressão e os motivos que levam alguém a tentar se matar. O que parece ficar inapreensível é o fato de alguém tentar se matar ateando-se fogo.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo Geral**

Compreender de que forma se configura a tentativa de suicídio por queimadura a partir da experiência singular de pessoas que a vivenciam.

### **1.6.2 Objetivos Específicos**

Compreender os significados psíquicos das tentativas de suicídio por queimadura atribuídos por aqueles que a cometem.

Investigar os motivos da escolha do agente *fogo* na tentativa de suicídio por queimadura.

Investigar as repercussões das tentativas de suicídio por queimadura no âmbito da vida social daqueles que a cometeram.

## **2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS**

Aquelas doenças que os remédios não curam, o ferro (a faca) cura; aquelas que o ferro não pode curar, o fogo cura; e aquelas que o fogo não pode curar devem ser consideradas inteiramente incuráveis.

Hipócrates

## 2.1 Significações do Fogo

Sabemos que o fogo nada mais é que a “reação química de um material combustível com desprendimento de luz e calor em forma de chama”, segundo tradicional definição enciclopédica<sup>3</sup>.

De fato, tratando o presente trabalho de tentativa de suicídio por queimadura, não seria razoável que se deixassem de lado algumas das significações do fogo presentes na nossa cultura desde tempos ancestrais. Dizemos “algumas” propositalmente, pois não se poderiam esgotar todas as possibilidades de e significações evocadas pela imagem de uma chama. Limitamo-nos, pois, àquelas que ao nosso juízo pareceram guardar pertinência com o tema analisado.

Na *Bíblia Sagrada*, essa coleção de textos fundamentais para parte considerável da humanidade, pode-se encontrar algumas significações para o fogo, vale dizer, alguns sentidos que os textos sacros parecem querer transmitir quando aludem ao fenômeno do fogo.

Talvez um dos sentidos bíblicos mais recorrentes é o sentido da purificação, que pode ser visto na história de Sodoma e Gomorra.

Nessas cidades, símbolos de tudo o que há de pior na visão do autor bíblico<sup>4</sup>, são destruídas “por quanto o seu pecado se tem agravado muito”<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Essa definição pode ser encontrada, por exemplo, na versão eletrônica da *Nova Barsa CD*, publicação da *Encyclopædia Bri tannica do Brasil*, 1999 no verbete “fogo e incêndio”.

(A Bíblia Sagrada, Livro do Gênesis, capítulo 18, versículo 20). A reação divina ao desvio de comportamento das cidades é extremada. Diz o texto bíblico: “então o Senhor fez chover enxofre e fogo (...) e derribou aquelas cidades, e toda aquela campina, e todos os moradores daquelas cidades, e o que nascia da terra” (A Bíblia Sagrada, Livro do Gênesis, capítulo 19, versículos 24-25).

Observa-se a intenção divina em expurgar o mal através da destruição. Mas não qualquer destruição, mas sim, uma destruição pelo enxofre e pelo fogo. Não se quer destruir por destruir, mas purificar, extirpar o pecado e a corrupção. Todos que ali viviam pereceram, assim como se dizimou tudo o que nascia da terra. Para esse fim de assepsia moral, valeu-se a divindade do fogo.

Mas a humanidade não consegue livrar-se da corrupção, aparentemente uma marca da condição humana segundo a Bíblia. Daí que não só no passado serviu o fogo como medida asséptica, já que a dívida dos pecadores será saldada com o fogo. Eis a visão revelada a São João, no Livro do Apocalipse, que encerra o Novo Testamento: “mas, quanto aos tímidos, e aos incrédulos, e aos abomináveis, e aos homicidas, e aos fornicários, e aos feiticeiros, e aos idólatras e a todos os mentirosos, a sua

---

<sup>4</sup> Na verdade os textos bíblicos foram produzidos, ao que se sabe, por diversos autores. Sem adentrar na questão da inspiração divina, questão confessional que refoge ao âmbito deste trabalho, referimo-nos de forma genérica a um “autor bíblico”, forma que pareceu-nos adequada. Há várias obras que trazem informações a respeito dos autores dos textos que compõe a Bíblia. Valemo-nos de “*Uma História de Deus: quatro milênios de busca do judaísmo, cristianismo e islamismo*”, de Karen Armstrong, trad. de Marcos Santarrita, São Paulo, Companhia das Letras, 1994.

<sup>5</sup> Anota-se que se utilizou nesse trabalho o texto de “*A Bíblia Sagrada*”, traduzida por João Ferreira de Almeida (conhecida como “versão Almeida”), editada pela Imprensa Bíblica Brasileira, Rio de Janeiro, 1977.

parte será no lago que arde com fogo e enxofre” (A Bíblia Sagrada, Livro do Apocalipse, capítulo. 21, versículo 8).

Em suma, tudo o que há de ruim e de reprovável no ser humano, será extirpado pelo fogo. O fogo queima e destrói tudo o que é matéria corrompível. Se não queima, não pode ser humano, será sagrado e imaculado. A resistência ao fogo é signo da divindade. Isso pode ser verificado no episódio da sarça ardente, que não se consumia apesar do fogo, indicando a presença de um anjo enviado pelo Senhor (A Bíblia Sagrada, Livro do Êxodo, capítulo 3, versículo 2).

O que é matéria corrupta, mundana e passageira não escapa ao fogo. Somente o que é essencialmente puro sobrevive.

Os inquisidores não ignoraram essa qualidade de purificação do fogo, sendo a fogueira a pena para o herege impenitente, vale dizer, aquele que não admite a culpa e não abjura (EYMERICH, 1993).

Mas a nossa ancestralidade não reside somente nos textos sagrados da tradição judaico-cristã.

Assim, podemos encontrar outras significações na mitologia Grega.

As divindades Gregas, bem ao avesso da tradição judaico-cristã, mostravam-se aos olhos dos homens, sendo possível mesmo cogitar de uma vida cotidiana dos deuses, como agudamente observado por SISSA e DETIENNE (1990).

Divindades assim tão próximas do homem fazem com que na mitologia Grega possamos identificar diversos momentos (míticos) essenciais na construção do que chamamos de civilização.

Talvez o mito grego mais identificado é o de Prometeu. Essa história é sobejamente conhecida. Prometeu rouba o fogo de Hefesto, deus grego do fogo e dos metais, para dá-lo aos humanos, atraindo para si a ira dos deuses. A punição imposta a Prometeu, determinada por Zeus, foi a de ser acorrentado em uma montanha inacessível, onde uma ave de rapina vinha devorar-lhe o fígado durante o dia. Como Prometeu era imortal, o órgão regenerava-se durante a noite. Suplício eterno, esse foi o preço. “Prometéico”, a propósito, é o adjetivo que se dá às pretensões que buscam superar os limites da condição humana, bem como às constantes tentativas de superação através da ciência para dominar os fenômenos naturais (JAPIASSÚ e MARCONDES, 1998). BACHELARD (1994) propõe chamar “complexo de prometeu” a ânsia do homem pelo saber e pelo conhecimento, tudo o que diz respeito à vida intelectual.

Mas qual a razão para a ira de Zeus? É que se apropriando do fogo a humanidade pôde dominar a natureza, abrindo caminho para a civilização. A partir do domínio do fogo distinguiram-se os homens das demais criaturas, subjugadas e passivas diante dos fenômenos naturais. O controle do fogo transforma um primata em uma criatura mais próxima da divindade, proximidade essa que não agradou a Zeus.

Contudo, estava feita a passagem. Depois de controlar o fogo, iniciarse na metalurgia<sup>6</sup> e progredir com o uso de tudo o mais que o fogo permitiu, o homem transformou-se a si e a tudo o que o cerca. Transformação, ascensão, superação, são significações para o fogo que a mitologia grega nos sugere.

A importância do fogo para o desenvolvimento de nossa civilização nas mais diversas áreas é inegável, podem ser destacadas suas aplicações: pela combustão, para iluminação e aquecimento de ambientes e da água, desde a época do homem primitivo; para o preparo de alimentos, nas diversas formas do cozer, no processo de defumação, o flambar; na manufatura de vidros, desde os egípcios, da cerâmica; para a obtenção de metais; no transporte, a direção a seguir dada pelos faróis, as viagens em balões; nas guerras, o óleo fervendo no inimigo e para a pólvora dos canhões; nas celebrações, com os fogos de artifícios; o fogo e o álcool, associação benéfica para obtenção da assepsia e perigosa com as conseqüências das queimaduras.

Com igual importância a psicanálise tece os significados para o fogo, em uma dimensão social, enquanto elemento que contribui para a construção das relações sociais. O controle das forças da natureza e a obtenção de suas riquezas para possibilitar a satisfação das necessidades tiram o homem de sua condição animal e determina sua condição de ser social, instaurando a civilização. Faz-se necessário o regramento das relações entre os homens através de leis para o controle de impulsos

---

<sup>6</sup> A importância da metalurgia não escapava aos antigos. Havia um deus do fogo e da metalurgia, qual seja, Vulcano (para os romanos) ou Hefesto (para os gregos).

instintivos. Destacamos a primeira lição: o que se aprende sobre o fogo é o respeito e o temor. Seu distanciamento não se dá por um ato reflexo de proteção. A criança aprende que não deve tocá-lo com a repreensão do adulto, sendo castigada antes de se queimar. O fogo ganha a dimensão de interdito social (BACHELARD, 1994), como algo que deve ser proibido sob a ameaça da punição. A interdição, como aponta FREUD (1948) em O Futuro de uma ilusão (1927), se deve “ao fato de que um instinto não poder ser satisfeito” (p.1280), a interdição é um dispositivo de regulação que impede a satisfação de uma pulsão, o que gera frustração e como resultante deste processo tem-se a privação.

BACHELARD (1994) destaca dois atributos absolutamente contrários. O fogo é valorizado como bom e mau, proporciona prazer, diante de sua contemplação é símbolo de repouso, aquece e reconforta e ainda castiga, quando se ultrapassa os limites do respeito e temor. Diante disto, possui o caráter de universalidade.

## **2.2 Suicídio e Psicanálise**

A psicanálise enquanto teoria e técnica inicia-se com os estudos sobre os sintomas histéricos e o desenvolvimento do método de tratamento - o da associação livre - em busca de sua cura no final do século 19. Freud estava interessado em estudar a histeria não como um sintoma físico, relacionado às estruturas anatômicas e sim como expressão de sofrimento

humano, das relações entre a vida mental, o psiquismo e suas implicações corporais. O estudo sobre a histeria possibilitou avanços importantes para a psicanálise. Freud abandona o método da hipnose e desenvolve o de associação livre. O método da associação livre abre caminho para a investigação do inconsciente e revela que o mesmo é estruturado como linguagem, possui regras distintas da consciência, com mecanismos de funcionamentos próprios, os deslocamentos e condensações. A associação livre é definida em LAPLANCHE E PONTALIS (1986) da seguinte maneira:

Mesmos nos casos em que o ponto de partida é fornecido por uma palavra indutora ou por um elemento do sonho, pode considerar-se <livre> o desenrolar das associações, na medida em que esse desenrolar não é orientado e controlado por uma intenção selectiva (p.73).

A regra fundamental da análise é deixar que as idéias e pensamentos estejam livres de uma seleção voluntária. Desta forma se chega às associações livres, cabendo ao analista manejar as resistências que possam surgir.

Ao circunscrevermos o suicídio na teoria psicanalítica encontramos diversas referências. A pesquisa na obra de Sigmund Freud nos indica vários textos. Deparamo-nos primeiramente com sua definição encontrada em Luto e Melancolia (1917), a de que o suicídio é a volta da destrutividade contra o próprio sujeito.

(...) o Eu não pode se matar se não quando o retorno da carga do objeto puder tratar a si mesmo como um objeto; isto é, quando

dirige contra si mesmo a hostilidade dirigida a um objeto; hostilidade que representa a reação primitiva do Eu contra os objetos do mundo exterior (p.1092).

Em seu trabalho *Psicopatologia da Vida Cotidiana* de 1901, em *Equívocos na Ação*, FREUD (1948) propõe que em situações de automutilação, auto-agressão e, especificamente, no suicídio há a participação do inconsciente na ocorrência de tais atos. Esta participação acontece sob os disfarces de um acidente e podem ser analisados sob a perspectiva do ato falho. O inconsciente aguarda o aparecimento de um motivo que é utilizado para receber a responsabilidade de tal situação ter acontecido. Assim passa despercebido o desejo de provocar a auto-agressão. Vejamos o que ele diz:

Aqueles que acreditam na existência destas auto-agressões semi-intencionais — se me for permitido usar essa expressão desajeitada — se encontrarão preparados também a admitir o fato de que, além do suicídio conscientemente intencional, há outra classe de suicídio com intenção inconsciente, o qual é capaz de utilizar habilmente um perigo de morte e disfarçá-lo como um acidente casual. Com efeito, a tendência à autodestruição existe com uma certa intensidade em um número muito maior de pessoas do que aquelas em que chega a ser posta em prática. Os ferimentos auto-infligidos são, em geral, um compromisso entre essa pulsão e as forças que ainda se opõem a ela. Também nos casos em que realmente se consuma o suicídio, existiu durante longo tempo, tal propensão, com menor intensidade ou sob a forma de uma tendência inconsciente e reprimida (p. 725).

Quando Freud diz que há um compromisso entre a pulsão e uma força que se opõe a ela está se referindo ao sintoma. Em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1925) tem-se a distinção entre inibição e sintoma. A inibição é uma manifestação normal das funções do Eu e o sintoma é indicativo de patologia. Já a angústia está ligada a percepção de um perigo, quer seja ele externo, quer advindo das pulsões.

O sintoma é uma defesa para proteger o Eu daquilo que lhe é ameaçador. WHITAKER (2003) descreve como isto ocorre:

O Eu emite o sinal de angústia quando presente a situação de perigo, e o sinal será responsável pelo aviso; a partir daí ocorre a formação do sintoma, cuja função é de retirar do Eu o processo ameaçador, a situação de perigo (p.59).

Voltemos à problemática do suicídio. Segundo ROUDINESCO E PLON (1998) a palavra suicídio provém do latim *sui* (si) e *caedes* (matança) (...) “para expressar o ato de matar-se a si mesmo, no sentido de uma doença ou patologia, em oposição à antiga formulação morte voluntária, sinônima de crime contra si mesmo”.

Na psicanálise o termo *acting out*, em português – atuação - é empregado quando uma ação de caráter impulsivo rompe (...) “com os sistemas de motivação habituais do indivíduo, relativamente isolável no decurso das suas atividades, e que toma muitas vezes uma forma auto- ou hetero-agressiva” (LAPLANCHE, J; PONTALIS, J.-B, 1986).

Ao longo da história da psicanálise o termo *acting out* sempre foi empregado de forma ampla, incluindo qualquer ato impulsivo, não habitual ao comportamento do indivíduo, considerando desde o suicídio e até mesmo um acidente, por exemplo, atravessar a rua sem olhar e ser atropelado é considerado como sendo uma atuação.

Na língua inglesa emprega-se *acting out* para uma atuação que ocorre fora da seção analítica e, quando nela, utiliza-se o termo *acting in*. Há outros problemas em relação à definição do termo. Em francês encontra-se a distinção entre *acting out* direto, “referindo-se a um ato simples, sem relação com a transferência” e *acting out* indireto, “ato ligado a uma organização simbólica relacionada com uma neurose de transferência” (ROUDINESCO, E.; PLON, M., 1998).

A psiquiatria utiliza o termo “passagem ao ato” que (...) “evidencia a violência da conduta mediante a qual o sujeito se precipita numa ação que o ultrapassa: suicídio, delito, agressão” (ROUDINESCO, E.; PLON, M., 1998).

É importante ressaltar que a atuação, em psicanálise, considera a transferência, a relação de objeto e o recalque e destacar que há a distinção entre ato, *acting out* e passagem ao ato. “O ato é sempre um ato significativo. O *acting out* não é um ato, mas uma demanda de simbolização que se dirige ao outro” (ROUDINESCO, E.; PLON, M., 1998), na tentativa de evitar a angústia. Passagem ao ato é um “agir inconsciente, de um ato não simbolizável que o sujeito descamba para uma situação de ruptura integral, de alienação radical” (ROUDINESCO, E.; PLON, M., 1998), excluído da simbolização.

ABERTI (1995) trata minuciosamente as múltiplas acepções pelos quais o termo ato é designado. Nele a autora trata a tentativa de suicídio como um paradigma ao ato. Percorre a obra de Freud e aponta que o termo *Aktion* está associado ao contexto de a uma ação específica, segundo as leis do princípio de prazer.

Quando as estimulações chegam ao aparelho psíquico – no momento de sua estruturação, a partir do interior do corpo – o organismo não pode delas escapar. Quando o perigo vem do outro externo, o organismo utilizará a energia própria desta estimulação para delas fugir (p.61).

Do ponto de vista econômico, em que se toma o aparelho psíquico como um reservatório de energia, o ato, relativo à ação específica, diz respeito aos excessos de um *quantum* de energia. Entendemos que a ação específica procura dar conta deste excesso, para evitar o desprazer.

Há mais quatro termos que procuram dar conta do ato em psicanálise: *Handlung, Akt, Tat* e *Agiem*. Alberti (1995) indica que as distinções dos termos que se referem ao ato necessitam ainda de uma conceituação mais rigorosa.

### **3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

O trabalho profissional do psicólogo, do psiquiatra e do médico, somente adquire sua real envergadura e transcendência quando coincidem a investigação e a tarefa profissional, porque estas são as unidades de uma práxis que resguarda da desumanização na tarefa mais humana: compreender e ajudar os outros seres humanos. Indagação e atuação, teoria e prática devem ser manejadas como momentos inseparáveis, formando a parte de um só processo.

**José Bleger**

### 3.1 As Histórias Orais de Vida

Ao longo do trabalho desenvolvido no hospital foi possível perceber que muitos dos profissionais “coleccionavam” histórias de vários pacientes ali atendidos, cada profissional com sua memória e repertórios, que diziam respeito às histórias das queimaduras propriamente ditas, como também das histórias de vida daquelas pessoas. Com o tempo, “coleccionar histórias” era praticamente inevitável e, com o contato com vários profissionais, percebeu-se o valor que elas possuíam. Fatos e situações já vivenciados, que se referiam a pacientes antigos, eram contados e lembrados pelos profissionais mediante alguma situação então atual, ocorrida na enfermaria ou no ambulatório e que por algum motivo os mobilizava e os angustiava. As situações que proporcionavam as conversas sobre as histórias estavam relacionadas a casos de tentativa de suicídio, crimes e óbitos dos pacientes (muitas vezes no caso de crianças). Situações em que a queimadura havia provocado danos importantes, como uma amputação, e que o paciente recebia alta e poderia reconstruir sua vida pelo apoio familiar recebido, por ter vencido a luta travada pela sobrevivência e não ter se entregado à morte como alguns, entre outros triunfos.

O interesse pelo uso da história oral surgiu como uma forma de viabilizar que os próprios sujeitos tivessem voz para falarem de si, com suas histórias de vida, as vivências decorrentes das internações, as conseqüências das queimaduras entre outros temas. CRUZ NETO (1994)

destaca o emprego das histórias orais de vida como meio para obter a compreensão da realidade, com principal objetivo de retratar as experiências vividas e as definições das pessoas a respeito.

As histórias orais foram empregadas como forma de complementar os arquivos de registros escritos (FERREIRA, 1994). Posteriormente passaram a ter por propósito dar atenção às minorias discriminadas, como no caso de mulheres, índios, homossexuais, imigrantes, negros, desempregados, entre outros. Trata-se de um fenômeno social, pois abarca o passado dentro de uma perspectiva presente, no sentido de uma continuidade histórica. O relato pessoal possui valor de transmissão de experiências coletivas, funcionando como instrumento de construção de identidade social. A história de vida é um instrumento utilizado para a coleta de dados predominantemente no campo da sociologia e das ciências sociais. Visa resgatar, através da memória individual ou coletiva, o que escapa às outras formas de documentação. Mostra-se valiosa por possibilitar alcançar o “indizível”, o que não é dito. Na sociologia o interesse está voltado para a observação de fenômenos que digam respeito à coletividade (QUEIROZ, 1988). O que especialmente interessa é podermos aproximar da subjetividade que surge através do emprego da técnica de obtenção do material, a história de vida.

MEIHY (1996) apresenta a história oral como instrumento (...) “para facilitar o entendimento de aspectos subjetivos de casos que, normalmente, são filtrados por racionalismos, objetividades e neutralidades esfriadas pelas versões oficiais ou dificultada pela lógica da documentação escrita que

encerra um código diverso do oral” (p. 14) e como um recurso para elaboração de documentos, uma forma também fidedigna de obtenção, arquivamento e estudo do que diz respeito à vida social das pessoas, como complementação a um conjunto documental de outras fontes conhecidas.

Desta forma, o uso da história oral de vida foi empregado com o objetivo de dar voz aos pacientes com queimaduras auto-provocadas e nortear as entrevistas com temas amplos que pudessem dar uma visão da vida dessas pessoas e favorecer a compreensão da tentativa de suicídio propriamente dita.

### **3.2 O contato com os pacientes**

Falar da proximidade com a morte vivenciada pela condição de ter tentado o suicídio não é tarefa fácil. Encontrei em todos os pacientes entrevistados uma grande disponibilidade na colaboração com a pesquisa, ao que parece, pela própria necessidade de compartilhar a experiência e contar sobre o acontecido. Mesmo com tal disponibilidade procurou-se zelar pelo momento das entrevistas, com a intenção de cuidar da relação que se estabelece entre entrevistador e entrevistado, desde o momento do primeiro contato. Alguns deles já haviam sido atendidos por mim em psicoterapia, outros por colegas do Serviço de Queimaduras e, com maior ou menor proximidade, foram contatados e ouvidos, assegurando-lhes a preservação não só de suas identidades, como também a possibilidade de virem a vetar a

divulgação de qualquer informação fornecida. Uma recusa para entrevista e a falta ao horário marcado por parte de dois voluntários foram obviamente respeitadas. Por vezes, ao abordarmos a história da queimadura nas primeiras entrevistas diagnósticas para atendimento psicológico, nos deparamos com resistências psíquicas que se revelam através de diversas versões sobre ela. Isto talvez pelo acontecimento ser recente e pelo impacto que ter o corpo queimado provoca nos próprios pacientes. BLEGER (1980) destaca que “cada ser humano tem organizada *uma* história de sua vida e *um* esquema de seu presente” (p.16) e que é possível apresentar em diferentes entrevistas, histórias ou esquemas de vida atual diversos, estabelecendo entre estes elementos relação complementar ou contraditória. O que se quer destacar é o aspecto ético envolvido na prática da pesquisa científica. Da mesma forma que consideramos a fala do sujeito implicada em sua realidade psíquica, consideramos a importância da relação que se estabelece na pesquisa entre entrevistador e entrevistado. Uma relação pautada pela ética não é garantida somente com o compromisso estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sim no conhecimento que o voluntário tem dos objetivos da entrevista e da amplitude de seu papel.

### **3.3 Procedimento Metodológico**

#### **3.3.1 Sujeitos**

Para a participação na pesquisa contou-se com pacientes do Serviço de Queimaduras da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de ambos os sexos, com idades acima de 18 anos, que sofreram queimaduras extensas. A delimitação da população pesquisada iniciou-se com o levantamento do nome dos pacientes que haviam sido admitidos para internação na enfermaria do Serviço entre primeiro de janeiro de 2001 e 31 de dezembro de 2002, através de registro realizado pelo Serviço de Psicologia.

#### **3.3.2 Material**

- Caderno de registro elaborado pelo Serviço de Psicologia.
- Prontuários médicos, fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico, que estão sob a responsabilidade da Instituição.
- Manifestação dos voluntários da pesquisa em participar da mesma através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A1).
- Ficha elaborada para coleta de dados dos pacientes identificados com queimaduras auto-provocadas para formação de ficha de Banco de Dados (Anexo A8).

- Fitas cassetes com a gravação das entrevistas e transcrição literal dos relatos dos voluntários da pesquisa, resguardo qualquer tipo de informação que possa vir a identificá-los. A transcrição do material obtido encontra-se em anexo no formato eletrônico (CD-Rom).

### **3.3.3 Instrumentos**

Como instrumento para coleta dos depoimentos utilizou-se a entrevista aberta.

Segundo BLEGER (1980) a entrevista é uma técnica de investigação e quando feita de forma aberta objetiva-se ter a liberdade e flexibilidade para o entrevistador realizar intervenções ou fazer perguntas para favorecer que “o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica” (p.10). Foi então pedido a todos os voluntários que contassem sobre suas vidas. Esta colocação norteadora permitiu que cada um iniciasse a entrevista de forma peculiar e ao longo das mesmas foram abordados aspectos relacionados à queimadura, infância, juventude e vida adulta, incluindo educação formal e atividade profissional, relacionamentos interpessoais e conflitos vivenciados, de acordo com os limites que cada voluntário estabelecia para falar desses aspectos.

### **3.3.4 Coleta de Dados**

O Serviço de Psicologia tem por rotina registrar em livro próprio dados de todos os pacientes que são internados, tais como: nome, número de

registro geral determinado pelo hospital (RG), a idade, data de internação, número do leito, nome da psicóloga que atende o paciente e os familiares e a consequência da situação de internação que poderá ser a data da alta, data de óbito ou data de transferência para outra Clínica, Instituto ou Instituição. Através desse registro foi feito um levantamento dos pacientes com idade acima de 18 anos internados na enfermaria do Serviço de Queimaduras no período de primeiro de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2002. Obteve-se uma relação com 205 pacientes. Essa relação foi conferida com o registro de interação feito pelo Serviço de Enfermagem. A diferença encontrada se deu em relação a uma paciente cuja data de internação diferia entre os dois registros. Em seu prontuário pode-se constatar que a data de internação correspondeu ao registro feito pela enfermagem, considerando essa data como a correta.

Como continuidade da pesquisa foram solicitados os 205 prontuários dos pacientes relacionados ao Setor de Arquivo Médico. No ano de 2001 houve 102 pacientes adultos internados, sendo possível pesquisar 92 prontuários. Em 2002, dos 103 pacientes adultos internados foram pesquisados também 92 prontuários. Não puderam ser fornecidos para pesquisa 21 prontuários, dez referentes a 2001 e 11 a 2002, por não terem sido localizados pelo Setor. Quanto aos dados buscados nos prontuários foram privilegiadas as informações contidas na folha de Observação Clínica (Anexo A2), folha de Resumo Clínico de Alta (Anexo A3) ficha de Pronto Socorro (Anexo A4), folha de Evolução Clínica (Anexo A5), ficha de

Avaliação e Conduta Inicial elaborada pela Divisão de Psicologia do Instituto Central (Anexo A6) e folha de Pedido de Consulta (Anexo A7).

Identificados nos prontuários disponíveis os pacientes com o registro de queimaduras por suicídio ou tentativa de suicídio, foi elaborada uma ficha para organizar as informações obtidas, constituindo-se um Banco de Dados com estas informações (Anexo A7). Buscou-se contatar os pacientes identificados e convidá-los para participarem da pesquisa.

Optou-se em apresentar o detalhamento da população pesquisada e do material obtido com a investigação dos prontuários no capítulo 4 – O Prontuário: a história do paciente documentada no hospital. Esta escolha se deu devido ao fato de conforme se apresentam os dados levantados também se faz a caracterização da população estudada.

### **3.4 O Método Qualitativo**

Em sua tese de doutorado, MINAYO (1989) define metodologia de pesquisa qualitativa como:

(...) aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p. 7).

Sem querer adentrar em discussão profunda acerca das diferenças entre método de pesquisa quantitativa e qualitativa, destacamos a importância da configuração do campo de investigação para a escolha apropriada do então método a ser empregado. Postula-se que o emprego do método quantitativo a possibilidade de se fazer uma ciência com neutralidade, sem a implicação subjetiva do próprio pesquisador. QUEIROZ (1988) descreve:

Pouco a pouco se percebeu, no entanto, que valores e emoções permaneciam escondidos nos próprios dados estatísticos, já que as definições das finalidades da pesquisa e a formulação das perguntas estavam profundamente ligadas à maneira de pensar e de sentir do pesquisador, o qual transpunha assim para os dados, de maneira perigosa porque invisível, sua própria percepção e seus preconceitos (p.15).

Ora, mas se estamos tratando de fatos humanos, é imprescindível a inclusão da subjetividade. O método qualitativo é aqui eleito na intenção de esmiuçar, trazer a tona, toda a riqueza de possibilidades do discurso sobre o tema do suicídio pelos sujeitos entrevistados. Privilegia a compreensão das significações e busca suas interpretações, não nos esquecendo que as significações podem ser transformadas, devendo ser consideradas a época, a cultura e o meio social em que se insere o sujeito, como também a tarefa do fazer ciência está vinculada a fatores sócio-políticos.

Desta forma, KEHL (2002) aponta a produção de sentido que o homem contemporâneo busca é parte de uma produção coletiva e está inscrita na cultura. Para haver laço social o sujeito estará inserido na cultura ao mesmo tempo em que carrega a subjetividade e a singularidade.

Propomos como método de análise das entrevistas a teoria psicanalítica e seu método de interpretação, tomando a história de vida do sujeito como uma produção singular e que pode trazer elementos para se pensar os significados das tentativas de suicídio por queimadura e o lugar que ocupa na sociedade contemporânea ocidental.

## **4. O PRONTUÁRIO:**

**A HISTÓRIA DO PACIENTE DOCUMENTADA**

**NO HOSPITAL**

#### **4.1 O prontuário como documentação do paciente**

O prontuário médico é um documento da instituição hospitalar referente ao paciente por ela assistido. Consiste em um registro diário de todos os procedimentos realizados, de todas as consultas com os mais diversos especialistas, anotações de observações e acontecimentos, registro de procedimentos de enfermagem, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, entre outros. O prontuário é um documento do paciente e que permanece sob a guarda institucional, por isso pode ser solicitado por ele a qualquer momento. É bastante freqüente o pedido de relatórios médicos para efeitos de licenças médicas ou aposentadorias junto ao nosso sistema previdenciário.

Todos os membros da equipe assistencial estão autorizados a fazer registros nos prontuários. Desde as anotações específicas de cada especialidade ou de cada profissional, até pontos de intersecções entre as especialidades. Um mesmo fato ou situação, um determinado comportamento do paciente ou a interconsulta entre os membros da equipe, pode ser observado por vários pontos de vista e registrados no prontuário também de maneiras diversas ou com pequenas diferenças. Como exemplo, tomemos o registro das histórias das queimaduras: quando o paciente é recebido no Serviço de Queimaduras é necessário, para a realização dos primeiros cuidados ter informações sobre as circunstâncias em que a

queimadura ocorreu – local (se aberto ou fechado, como um dos elementos para identificação de lesão inalatória), agente causal (líquidos aquecidos, fogo por substâncias inflamáveis, entre outros), dia e horário do ocorrido e do atendimento, sexo, idade, entre outras informações (ver Anexo A2). Uma das primeiras perguntas feitas ao paciente, ao familiar, ao acompanhante ou a profissionais de outras instituições que trazem os pacientes ao Serviço refere-se a como ocorreu a queimadura. Há uma série de procedimentos médicos que devem ser tomados de acordo com as circunstâncias em que se deu a queimadura, por exemplo, se houve politraumatismo. Em relação à situação profissional do paciente, no caso de queimaduras acidentais ocorridas por atividade profissional, é necessário proceder junto à empresa empregadora para regularização de afastamento médico, bem como, em alguns casos, a apuração das responsabilidades pelo acontecido através de processo judicial. Neste sentido, muito se fala sobre a forma como se deu a queimadura, principalmente nos primeiros dias de internação do paciente (quando isso ocorre) e diversos profissionais registram esta informação, que podem ser coincidentes ou não. Este registro é feito principalmente pela enfermagem, pelos médicos, psiquiatras e psicólogos. Em algumas situações temos mais de uma versão da história da queimadura e por isso podemos ter também registros diversos. Ressaltamos duas peculiaridades quanto a este aspecto: registro de versões de circunstâncias certamente improváveis de terem ocorrido – por exemplo, em um mesmo caso: “queimadura por tentativa de homicídio” e “por acidente” - ou quando, após os primeiros dias da internação, surge uma outra versão

sobre como ocorreu a queimadura. Esta “nova versão” pode aparecer em decorrência do atendimento psicológico e/ou pela proximidade do paciente com algum membro da equipe assistencial promovida pela relação transferencial. Lembramos de um caso (não pertencente à pesquisa) em que a paciente contou que a queimadura havia sido acidental e após nove meses de internação disse a uma auxiliar de enfermagem que havia tentado se matar. A consequência destas variações é o registro, ou não, da segunda, terceira e sucessivas versões, o que comprometerá qualquer análise desses registros em prontuário e, conseqüentemente, no levantamento e análise de dados epidemiológicos.

Uma das grandes discussões que envolvem o tema sobre os prontuários é a problemática da ética. Consiste, principalmente, no que se registra e o que se deixa de fora, ou seja, o que se escreve no prontuário e o que deve ser discutido verbalmente entre a equipe assistencial, o que pode também influir no levantamento de dados epidemiológicos. O que se quer ressaltar aqui é que não há um posicionamento único a esse respeito. Discute-se o direito do paciente de ter informações a seu respeito resguardadas pelo sigilo profissional e com isso ser preservado, além da importância da informação para a equipe assistencial, na intenção de promover um atendimento que abarque a condução para os encaminhamentos que sejam pertinentes às dificuldades, problemas ou condições do paciente. Há alguns momentos que saber sobre o paciente não tem uma função cuja finalidade está o paciente, significando por vezes, que quem tem a informação também detém algum poder perante os

membros da equipe. Em outros momentos, a revelação sobre a “verdadeira” história da queimadura proporcionará aos profissionais que compreendam alguns comportamentos ou acontecimentos em relação ao paciente. “Esconder” a história da queimadura ou contar outra mostra como este paciente se posiciona diante deste acontecimento e as repercussões disso. Para que iniciemos, nos primeiros contatos, a aproximação com o paciente e com sua história é importante que perguntemos: *como ocorreu sua queimadura*, de forma a não induzirmos uma resposta, como quando dizemos: *como ocorreu seu acidente*.

Com a pesquisa dos prontuários objetivou-se levantar alguns dados dos pacientes para depois solicitar a presença deles como voluntários da pesquisa. O principal dado buscado foi o registro da história da queimadura. Interessava-nos saber quais pacientes tiveram queimaduras com a intenção de se matar e como essa informação foi então registrada. Além disso, o propósito ético desse estudo exigiu que fossem convidados os voluntários que constasse nos seus prontuários os registros de queimadura intencional, a queimadura com a finalidade de se matar.

Dos 184 prontuários investigados constatou-se que em 28 casos havia, de alguma forma, o registro de queimaduras intencionais causadas pela própria pessoa. Desses casos, dez faleceram no período da internação para o tratamento da queimadura e dos demais 18 pacientes, convidou-se dez voluntários para participarem da pesquisa. Em dois casos foram marcados dia e horário para as entrevistas e não houve o comparecimento dos voluntários, sendo consideradas faltas. Um outro paciente avisou

através de contato feito com a mãe que se recusava a participar da pesquisa, não queria vir ao hospital e não queria perder dia de trabalho. Não foi possível contatar seis pacientes pelos seguintes motivos: mudança de telefone e de endereço (cinco pacientes) e residência fora do estado de São Paulo (um caso). Com relação a dois pacientes foram deixados recados para serem feitos os convites, mas não houve retorno. Este processo de seleção dos participantes da pesquisa resultou na entrevista de sete voluntários.

Outras informações importantes foram obtidas com a pesquisa dos 184 prontuários:

1. Como já visto, em 28 prontuários encontramos dados de que a queimadura ocorreu de forma intencional, causada pelo próprio paciente;

2. Em 140 casos a queimadura foi identificada como acidental, sendo 98 homens e 42 mulheres;

3. Tivemos, nesses dois anos, sete casos de queimaduras intencionais causadas por terceiros, identificadas nos prontuários como crime ou tentativa de homicídio, todos do sexo masculino;

4. Das queimaduras acidentais houve 15 óbitos e nas queimaduras por crime dois óbitos;

5. Houve dez óbitos nas queimaduras por tentativa de suicídio e,

6. Apesar de não ser considerado nesse estudo, é importante destacar que no período pesquisado houve quatro queimaduras intencionais, provocadas pelos próprios pacientes, com menos de 18 anos de idade.

Estavam na época da queimadura com dez, 12, 14 e 17 anos. São crianças e adolescentes utilizando o fogo como meio para cometer o suicídio.

Em nove casos houve dúvida quanto ao registro da história da queimadura. Em quatro casos não foi encontrada a descrição da história da queimadura, nem assinaladas as alternativas de acidente, crime ou suicídio. Em um caso houve a marcação na folha Observação Clínica que a queimadura havia sido acidental, mas descrito na folha de Evolução que a queimadura ocorreu na rua, com a dúvida se haveria sido por maus tratos.

Em outros dois prontuários foram encontradas duas folhas de Observação Clínica e em cada: em uma foi assinalada queimadura por crime e como agente o álcool, e na segunda o suicídio por combustão de acetona. Há o registro que o paciente referiu que a queimadura foi criminosa, provocada por vizinhos devido a desavenças. No segundo prontuário encontrou-se o registro tanto de queimadura acidental como descrito que o paciente havia sido vítima de queimadura por terceiros.

Em um outro caso encontrou-se marcado tanto acidente como suicídio para o tipo de ocorrência da queimadura e descrito: “há mais ou menos 10 horas paciente com queimadura de 2° e 3° graus em todo corpo (encontrado em casa, na cama com roupas em combustão)” – paciente faleceu. No último caso não foi assinalado o tipo de queimadura, mas há o registro de uma fala da paciente referente ao desejo de morrer, o que nos faz pensar na possibilidade da queimadura ter sido causada pela própria paciente.

Ainda com relação ao registro das histórias das queimaduras, em seis casos foi feito o registro do tipo de queimadura como acidental, porém não foi encontrada a descrição da história de como ocorreu.

Na **Tabela 1**, a seguir, estão organizados os dados obtidos quanto ao registro dos tipos de ocorrência nos dois anos investigados. É interessante notar a constância do número de acidentes (70), os suicídios (14) e o número de internações de casos novos (102 em 2001 e 103 em 2003).

Em seguida apresentaremos dados relativos às queimaduras acidentais, às queimaduras por crime e sobre aquelas em que não houve uma especificidade do tipo de queimadura. Chamaremos este conjunto de Dados Gerais, em contraponto com os dados específicos das tentativas de suicídio.

**Tabela 1 - Registro dos Tipos de Queimaduras e**

**Quantidade de Prontuários Investigados por Ano**

	2001	2002	TOTAL
<b>Acidente</b>	70	70	140
<b>Tentativa de Homicídio</b>	2	5	7
<b>Tentativa de Suicídio</b>	14	14	28
<b>Sem Registro</b>	3	1	4
<b>Registro Duplo — Tentativa de Homicídio e Suicídio</b>	1	--	1
<b>Registro Duplo — Acidente e Maus Tratos</b>	1	--	1
<b>Registro Duplo — Acidente e Tentativa De Homicídio</b>	1	--	1
<b>Registro Duplo — Acidente e Tentativa De Suicídio</b>	--	1	1
<b>Dúvida - Tentativa de Suicídio</b>	--	1	1
<b>Prontuários Não Vistos</b>	10	11	21
<b>Prontuários Vistos</b>	92	92	184
<b>Total de Prontuários</b>	102	103	205

## **4.2 Dados Gerais**

Outro ponto em que se concentrou a investigação dos prontuários foi a identificação do agente das queimaduras.

Escolheu-se destacar algumas informações, de forma a descrever algumas contradições e antagonismos que fazem parte da tarefa de registrar.

Buscou-se qualificar o registro e não simplesmente apontar suas falhas<sup>7</sup>.

Os dados a seguir estão relacionados com os casos de queimaduras acidentais, por crime, com aqueles em que não foi possível de encontrar o registro do tipo de ocorrência, com os casos em que houve dúvida e por último com aqueles em que se encontrou simultaneamente o registro de dois tipos de ocorrência. Assim, continuemos com os achados da investigação.

### **4.2.1 Quanto ao agente da queimadura**

Por vezes a identificação dos agentes das queimaduras é feita através da leitura do relato sobre a queimadura. Por outro lado há situações em que a descrição não é suficiente para sabermos sobre esta informação.

Como exemplo temos as seguintes descrições: “encontrado caído em casa de força elétrica” (um caso), o que sugere queimadura por trauma

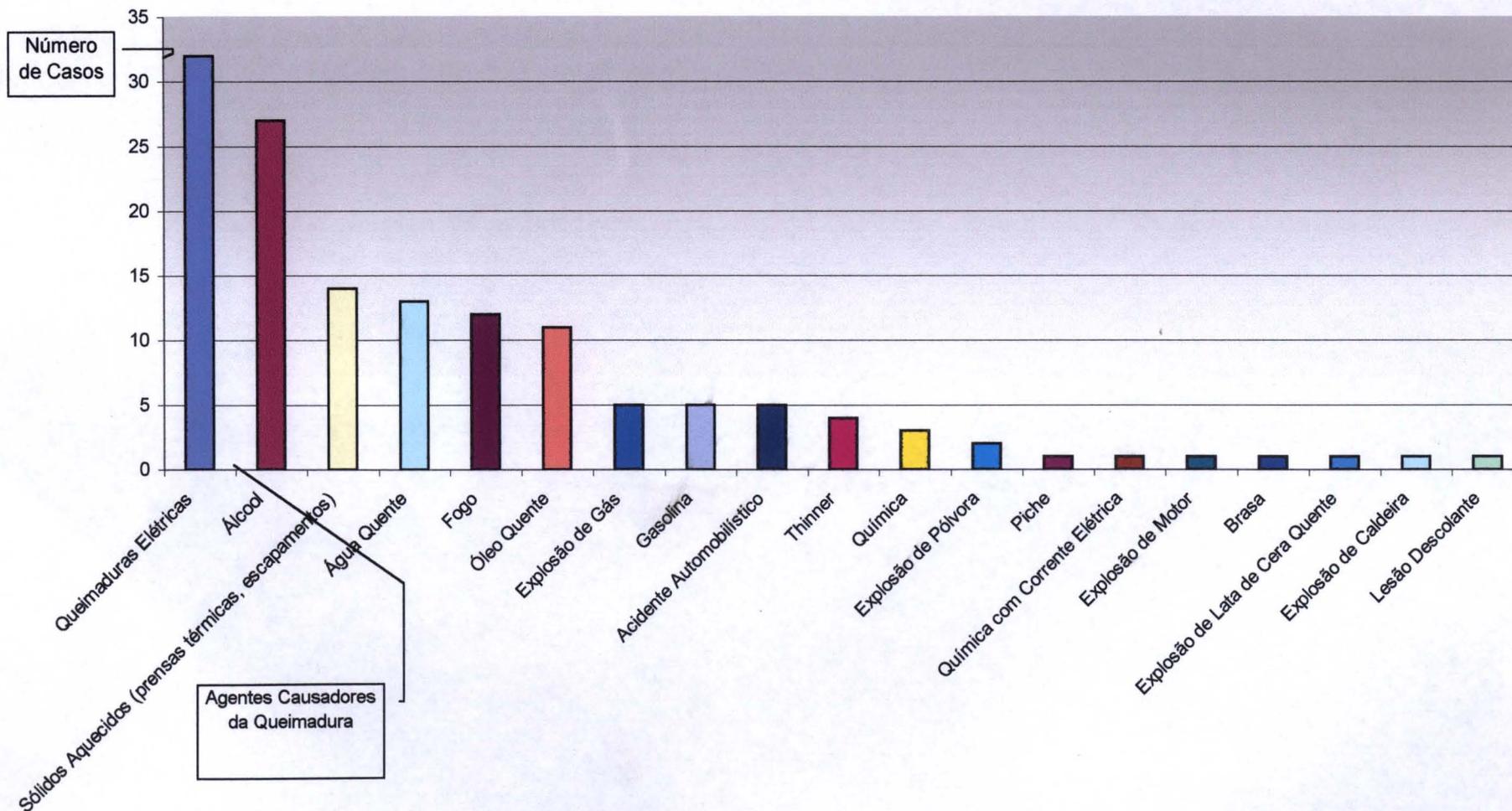
---

<sup>7</sup> Não pretendemos ainda apontar o levantamento de todas as informações possíveis de se obter com tal investigação e nem levantar numericamente cada informação obtida.

elétrico; “caiu sobre o fogão” (três casos), que poderiam ter levado à queimadura por chama ou por algum líquido ou alimento que estivesse sobre o fogão, o que resultaria em queimaduras classificadas por fogo ou líquidos aquecidos e combustão de espuma de colchão (um caso).

Com a descrição de dois agentes da queimadura em um mesmo paciente temos dois casos: um por álcool e acetona (já mencionado) e outro por explosão de tanque de combustível e acendimento de churrasqueira. Em três casos não foi encontrado o agente causal das queimaduras.

Assim, apresentaremos a identificação dos agentes das queimaduras conforme foram descritos em alguns dos prontuários, no **Gráfico 1 – Número de Ocorrências por Agentes**, na página seguinte.



**Gráfico 1 - Número de Ocorrências por Agente**

### 4.3 Saúde Mental

Outros dados que julgamos pertinente apresentar em relação aos prontuários dizem respeito à área da saúde mental. Quanto necessário é solicitada a interconsulta<sup>8</sup> do médico psiquiatra que avalia, discute o caso - principalmente com equipe médica, enfermagem e psicologia - faz a prescrição medicamentosa se necessário e procura dar seguimento durante a internação do paciente. Do total de 184 prontuários pesquisados foram solicitadas avaliações psiquiátricas para 12 pacientes. Nestas avaliações chamamos a atenção para a descrição de algumas hipóteses diagnósticas: a) transtorno obsessivo compulsivo; b) ansiedade; c) transtorno afetivo bipolar; d) síndrome de abstinência por tabaco; e) quadro depressivo; f) dúvida entre abstinência alcoólica e psicose; g) tentativa de suicídio anterior (em queimadura acidental) e h) transtorno de personalidade tipo impulsivo.

Tivemos o registro de dois pacientes dependentes químicos por *crack* e maconha - e seis por álcool. O Serviço de psicologia registrou nos prontuários os atendimentos de 21 pacientes. Foram destacadas as anotações referentes às dificuldades nos relacionamentos afetivos e vínculos familiares, violência por parte do companheiro, preocupação com as

---

<sup>8</sup> Modalidade de atendimento realizada na instituição e ocorre quando algum especialista é chamado para avaliar e prescrever condutas, sendo que este especialista não pertence à equipe médica da clínica que fez a solicitação.

seqüelas da queimadura, dores intensas, saudades dos familiares e irritabilidade frente ao tratamento.

Há o registro de dados que podem fornecer elementos quanto às condições em que ocorreram as queimaduras e em quais circunstâncias sociais vivem nossos pacientes. Temos morador de rua, adolescente que viveu no SOS Criança, desempregado, pessoa que permanece internada por razão social, pessoa que reside em imóvel invadido e surfista de trem (queimadura elétrica). Estes registros e observações foram feitos principalmente pela equipe médica.

#### **4.4 As queimaduras por suicídio e tentativa de suicídio**

Apresentaremos a seguir dados obtidos com a investigação dos prontuários específicos de pacientes que tiveram queimaduras em decorrência de tentativa de suicídio, totalizando 28 casos, de acordo com os registros encontrados.

##### **4.4.1 O primeiro grupo**

Serão destacados dados sobre aqueles **pacientes que se queimaram com a intenção de cometer o suicídio e acabaram por falecer**. Nestas condições tivemos dez pacientes, sete mulheres e três homens.

Na **Tabela 2 – Informações sobre as queimaduras**, que pode ser observada na página seguinte, alguns dados obtidos nos prontuários foram organizados, referindo identificação (**Id**), sexo (**S**), data da queimadura (**DQ**), Agente (**Ag**), porcentagem de área corpórea queimada (%), tipo registrado (**TR**), história descrita (**HD**), óbito (**Ob**) e informações diversas (**Info**). sexo, data em que ocorreu a queimadura, agente causal, porcentagem da área corpórea atingida (primeira avaliação – segunda avaliação), como foi registrado o tipo de ocorrência, como foi descrita a história da queimadura (tanto o que foi encontrado na folha Observação Clínica, como no Resumo de Alta e Ficha do Pronto Socorro), data em que ocorreu o óbito e informações diversas, a maioria relacionada às condições de como os pacientes foram trazidos para o hospital e as primeiras observações gerais, mas significativas.

**Tabela 2 - Informações sobre as Queimaduras**

<b>Id</b>	<b>S</b>	<b>DQ</b>	<b>Ag</b>	<b>%</b>	<b>TR</b>	<b>HD</b>	<b>Ob</b>	<b>Info</b>
<b>MB</b>	F	14/3/01	Álcool	55%	Acidente	- Doença psiquiátrica? - Tentativa de suicídio às 13 h em ambiente aberto	1/4/01	Veio transferida de outro hospital com história de tentativa de suicídio.
<b>MJ</b>	F	23/3/01	Álcool	63,5%	Suicídio	- Combustão de álcool em roupa	5/4/01	Trazida pelo resgate. Paciente com 45 anos, com antecedentes de alcoolismo e depressão.
<b>SS</b>	F	25/3/01	Álcool	74,75%	Suicídio	- Paciente vítima de queimadura com álcool em combustão (TS) em ambiente fechado há 30 min.. - Combustão álcool às 15:00 h (tentativa de suicídio, sic)	30/3/01	
<b>GR</b>	F	13/7/01	Álcool	60%	Acidente	- Patologia psiquiátrica. Uso de Haldol - Álcool e fogo como tentativa de suicídio em ambiente aberto	30/7/01	Encaminhada de outro hospital com queimadura por álcool em 60% de superfície corpórea por tentativa de suicídio há 5 dias.
<b>ME *</b>	F	20/10/01	Álcool	31%	Suicídio		16/12/01	Trazida pelo resgate. Vítima de queimadura por tentativa de suicídio por álcool.
<b>NA</b>	M	22/11/01	Gasolina	75%	Sem registro	-Tentativa de suicídio -Paciente vítima de queimadura por gasolina em combustão às 15 h do dia 22/11/01 acometendo 75% da área corpórea		
<b>OP</b>	M	28/2/02	Álcool ?	76%	Suicídio	- Queimadura por combustão (querosene?Gasolina? <i>Thinner?</i> ) - Paciente suicida ateou fogo em vestes em residência com álcool		
<b>NM</b>	F	18/4/02	Álcool	51,5%	Suicídio	-Jogou álcool no corpo e ateou fogo -Diagnóstico secundário: depressão - Há 60 min. Tentativa de suicídio com álcool e fogo, refere doença psiquiátrica	2/5/02	Trazida pelo Águia Transtorno psicótico depressivo. Apresenta confusão mental, agitação psicomotora, alucinação.
<b>AS</b>	F	7/10/02	Álcool	24% - 62%	Suicídio	- Combustão de álcool. Tentativa de suicídio		
<b>CA</b>	M	22/11/02	Gasolina	80%	Sem registro	- Trazido por bombeiro com história de tentativa de suicídio com queimadura com gasolina em combustão	30/12/02	Lesão inalatória

\* Paciente trazida ao hospital sem sabermos seu nome, idade, endereço, permaneceu todo tempo respirando com auxílio de aparelho, sem se comunicar, o que impossibilitou sua identificação.

Avaliações e atendimentos psicológicos e psiquiátricos foram registrados nos prontuários de três pacientes, dos dez casos apresentados acima. É possível que tenha sido atendido um maior número de pacientes, sem a realização do devido registro. Estas avaliações procuraram abarcar condições da saúde mental dos pacientes antes da ocorrência da queimadura e bem como as condições em que se apresentam durante a internação (Anexo A6 e Anexo A7). Dos dados encontrados estacamos, abaixo, as seguintes anotações:

**Caso GR** - Hipótese diagnóstica - depressão maior; sintomas depressivos (perda de apetite, insônia e desinteresse pela vida). Melancolia relacionada com o falecimento da mãe, um ano antes da queimadura. Referiu que a tentativa de suicídio ocorreu após três dias de “tristeza forte”.

**Caso NM** – Antecedente de doença mental grave (raras internações psiquiátricas). Em anamnese subjetiva não caracterizou completamente o curso de sua doença. No episódio da queimadura – ouvia vozes. Hipótese diagnóstica a esclarecer. Doença mental crônica? Com psicose. Diagnóstico: doença mental a esclarecer.

**Caso AS** – Paciente relata que vinha se sentindo triste há mais ou menos um mês e que começou a ideação e planejamento suicida, o que culminou com a tentativa de suicídio. Sintomas depressivos, mas nega ideação ou planejamento suicida no momento. A paciente apresenta confusão mental, está desorientada espacialmente. Refere ter dificuldades para enxergar. Viúva há três anos, refere bom relacionamento com o marido, sente muito a falta dele. Após a morte dele precisou fazer amputação de

membro inferior devido a diabetes. Reside com filho e nora, possui filha adotada. Tem períodos de insônia e não vinha se alimentando bem. Refere estar planejando se matar há um mês. Pensou em entrar dentro da geladeira e também se colocar fogo. Pediu a filha que lhe desse álcool (para passar em algum machucado), vela e fósforo, no caso de faltar energia elétrica – “só eu sabia para que estava guardando essas coisas”. Pensou em morrer devido sua condição de vida – estar sem o marido, doente (diabete e hipertensão) e sem a perna. Está arrependida do que fez, sentiu muita dor no momento da queimadura e agora está sofrendo e fazendo os outros sofrerem. Paciente colaborativa com o tratamento, estabelece bom contato, presente sentimento de culpa intenso, sem ideação suicida no momento e melhora da confusão mental.

#### **4.4.2 O segundo grupo**

Destacamos na tabela seguinte (**Tabela 3**) dados dos **pacientes que tentaram suicídio através da queimadura e que sobreviveram**, tais como identificação (**Id**), sexo (**S**), data da queimadura (**DQ**), Agente (**Ag**), porcentagem de área corpórea queimada (**%**), tipo registrado (**TR**), história descrita (**HD**) e informações diversas (**Info**). Apresentamos 18 pacientes (identificados por duas letras dos nomes), estando incluídos aqueles, em número de sete, que participaram das entrevistas (as letras de seus nomes encontram-se sublinhadas).

**Tabela 3 - Dados dos pacientes que tentaram suicídio e sobreviveram**

<b>Id</b>	<b>S</b>	<b>DQ</b>	<b>Ag</b>	<b>%</b>	<b>TR</b>	<b>HD</b>	<b>Info</b>
<b>GS</b>	F	28/2/01	Álcool	21,5%	Acidente/ Tentativa	- Combustão por álcool enquanto preparava o jantar	Encaminhada do hospital X com história de tentativa de suicídio
<b>PS</b>	F	12/5/01	Vestes e Álcool	10%	Acidente.	- Combustão de vestes quando cozinhava. Refere queimadura há dois dias com vapor d'água e escaldado com ? E combustão de vestes	Gestante de sete meses. Depressão, encaminhada para internação e acompanham. psiquiátrico
<b>GM</b>	F	3/6/01	Álcool	40,5%	Tentativa	- Álcool em combustão	Queimadura por álcool em combustão, depressão. Primeira internação para tratamento Da queimadura por 59 dias
<b>MC</b>	M	18/8/01	Gasolina	24%	Suicídio	- Paciente ateou fogo em vestes após usar gasolina. Última tentativa de suicídio em 2000 com medicação. Tabagista e etilista	Deu entrada primeiro no hospital X, quatro tentativas de suicídio (duas por veneno de rato, uma faca e esta)
<b>CM</b>	M	25/9/01	Álcool	28,5%	Tentativa	- Paciente jogou álcool no corpo e ateou fogo. Usuário de drogas e álcool	
<b>RS</b>	M	12/6/01	Álcool	43,25%	Acidente	- Álcool em combustão	Paciente transferido do hospital X. Refere uso de drogas (cocaína e álcool)
<b>PO</b>	F	6/1/02	Álcool	21%	Suicídio	- Paciente ateou fogo com álcool no próprio corpo	Sem antecedentes psiquiátricos. Paciente com sintomas depressivos durante internação
<b>JG</b>	M	26/8/01	Álcool	25,25%	Suicídio	- Alcoolizado jogou álcool e ateou fogo em vestes - Afastado pelo INSS há dois anos por dificuldade de movimentação em membros inferiores	Trazido do hospital X. Acoolizado no momento do acidente
<b>MA</b>	M	3/1/02	Álcool	49,25%	Tentativa	- Tentativa de suicídio com álcool em combustão	Paciente encaminhado do hospital X por queimadura causada por álcool. Internou após ter ateado fogo no próprio corpo. Transtorno Afetivo Bipolar com surtos psicótico
<b>JF</b>	M	17/5/02	Sem registro	11%	Acidente	- Combustão de fogo em ambiente fechado // - Paciente trazido pelo Resgate com história de incêndio em loja há mais ou menos 40 minutos sem dados locais. // - Pedido de interconsulta psiquiátrica por segunda tentativa de suicídio. // - Etilista	
<b>GN</b>	M	6/3/02	Sem registro	41%	Tentativa	- Combustão de roupas, móveis // - Transtorno psiquiátrico, alcoolismo // - Paciente vítima de queimadura em ambiente fechado (incendiou a própria casa), permanecendo dentro da casa 1 h 30	Paciente trazido pelo resgate. Apresentou agitação importante com delírios.
<b>AA</b>	M	15/9/02	Álcool	37%	Sem registro	Sem registro	Paciente transferido do hospital X, deu entrada nesse hospital trazido por vizinhos. // Diagnóstico: delirium,ex-tabagista/ etilista // Confusão mental
<b>CE</b>	M	13/10/02	Gás	49,5%	Acidente	- Explosão de botijão de gás em ambiente fechado	Trazido pelo resgate
<b>DS</b>	F	14/1/02	Álcool	13,5%	Suicídio	- Paciente refere ter colocado álcool e acendido fogo	
<b>FA</b>	M	2/7/02	Álcool	20%	Suicídio	- Tentativa de suicídio com álcool - Diagnóstico secundário: depressão maior	
<b>MS</b>	F	28/7/01	Sem registro	55%	Suicídio	- Combustão de vestes	Vítima de queimadura por fogo nas vestes (tentativa de suicídio) há três dias. Tabagista
<b>MN</b>	F	14/1/02	Álcool	6%/9%	Tentativa	Sem registro	Gestante 33 semanas. Paciente vítima de queimadura por combustão de álcool. Trazida pelo Resgate
<b>SA</b>	M	3/8/02	Álcool	41%	Acidente/ Suicídio	- Doença pré: etilista // - Agressão e fogo por combustão de álcool // -Combustão de álcool e roupas	Paciente encaminhado pelo serviço X. // História de queimadura por fogo associado à queda. // Irmão informa tentativa de suicídio, segundo médico do hospital de origem.

É importante considerar neste capítulo dois pontos. O primeiro a respeito da diversidade de informações registradas sobre um mesmo aspecto de um mesmo paciente. Por exemplo, como ocorreu a queimadura e suas diversas versões. Tratando de forma objetiva, fica evidente a dificuldade de normatizar as informações e produzir um registro amplo que possa tratar destes dados de maneira mais fidedigna possível, para que assim tivéssemos um levantamento epidemiológico minimamente satisfatório. Mas caímos no campo das incertezas, o campo da subjetividade, que irá tratar do incomum, da exceção e não da regra. Isto, pois estamos diante da realidade psíquica, aquela que se apresenta ao sujeito com uma coerência que lhe é peculiar, conflitante. Mesmo diante de toda objetividade, não podemos ignorar tal condição.

O segundo ponto refere-se aos pacientes que não puderam ser estudados. Aqueles em que não possível convidar para participar da pesquisa, quer por impossibilidade de se fazer contato quer por não ter respondido algum recado deixado, nada podemos dizer. Os que não compareceram podemos supor impossibilidade ou uma escolha em não vir falar do que lhes faz sofrer. Quanto aos três pacientes do primeiro grupo, aqueles que faleceram e que foi encontrado o registro de atendimento psicológico ou avaliação psiquiátrica, encontramos o registro de diagnóstico de depressão maior; sintomas depressivos, melancolia; antecedente de doença mental grave e; provável diagnóstico de melancolia. Apontamos apenas a gravidade de uma patologia mental nestes casos de suicídio.

## **5. AS ENTREVISTAS:**

### **OS PACIENTES E SUAS HISTÓRIAS DE VIDA**

Neste momento visto daqui, com aquela água cor de jade e o céu como um incêndio, de tenebroso não lhe encontro nada, É uma ilusão tua, também as ilhas às vezes parecem que flutuam sobre as águas, e não é verdade, Que pensas fazer, se te falta tripulação, Ainda não sei, Podíamos ficar a viver aqui, eu oferecia-me para lavar os barcos, que vêm à doca, e tu, E eu, Tens com certeza um mester, um ofício, uma profissão, como agora se diz, Tenho, tive e terei se for preciso, mas quero encontrar a ilha desconhecida, quero saber quem sou eu quando nela estiver, Não o sabes, Se não saís de ti, não chega a saber quem és, O filósofo do rei, quando não tinha o que fazer, ia sentar-se ao pé de mim, a ver-me passar as peúgas dos pajens, e às vezes dava-lhe para filosofar, dizia que todo homem é uma ilha, eu, como aquilo não era comigo, visto que sou mulher, não lhe dava importância, tu que achas, Que é necessário sair da ilha para ver a ilha, que não nos vemos se não nos saímos de nós, Se não saímos de nós próprios, queres tu dizer, Não é a mesma coisa. O incêndio do céu ia esmorecendo, a água arroxou-se de repente, agora nem a mulher da limpeza duvidaria que o mar é mesmo tenebroso, pelo menos a certas horas.

José Saramago

Neste capítulo serão abordados e discutidos os seguintes aspectos: o contato com os entrevistados na situação de entrevista e por onde cada um escolheu iniciar, os temas trazidos, os motivos das tentativas de suicídio pela queimadura e as cenas das queimaduras, como cada um conta o momento da tentativa de suicídio. Desta forma, tomou-se a liberdade para se fazer os recortes das entrevistas da forma que julgamos ser produtiva para o trabalho.

## **5.1 O Contato com os Pacientes**

Chamou-nos a atenção a disponibilidade com que os pacientes da pesquisa participaram das entrevistas. Encontramos depoimentos extensos e ricos em detalhes específicos. Por vezes, outros aspectos específicos da vida dos entrevistados não foram possíveis de serem obtidos, houve a concentração em algum tema que o próprio paciente elegeu para dar ênfase ou destacar, revelando-se através da proporção ou repetição em que um mesmo assunto apareceu durante toda a entrevista. Os pacientes estão identificados com as mesmas iniciais atribuídas no capítulo anterior.

Especificamente no caso FA houve, basicamente, a restrição em responder ao que era perguntado. Notou-se uma grande timidez e vergonha em dar o depoimento, com alguns momentos de silêncios e lacunas em sua fala, mesmo com a formalidade, ainda que pouca, exigida pela atividade da entrevista e também pelo fato de estar sendo gravada. Como aponta

MINAYO (1989) não é incomum encontrarmos a presença da timidez ao longo do discurso. Mas mesmo assim, houve uma disponibilidade do entrevistado em colaborar com a pesquisa, o que aponta um caminho para abordarmos a transferência justamente na situação de pesquisa. Há uma transferência do paciente com a Instituição. O Hospital das Clínicas parece ocupar um lugar especial, o “último recurso”, “onde estão os melhores profissionais”, “onde se desenvolvem as pesquisas mais importantes”. Os entrevistados ao aceitarem participar do trabalho, estavam se dirigindo a alguém que pertence à Instituição. Portanto, a situação de pesquisa assume um lugar especial, por ter sido realizada neste Hospital, com um profissional que também pertence a esta Instituição.

A clínica psicanalítica postula que a posição do analista é acima de tudo daquele que escuta. Escuta-se quem tem algo a dizer sobre seu sintoma. Diferentemente do que é para a medicina, o sintoma enquanto sinal de doença no organismo, para a psicanálise ele é “a expressão simbólica de um conflito cujas raízes estariam na história do sujeito” (BEZERRA Jr., 1997, p.423). O corpo, não o organismo, exprime significações.

A situação de pesquisa também ganha um lugar especial por ter sido adotada essa posição de escuta, do sofrimento psíquico, de angústias e por que não até de pedidos de socorro, quer seja daqueles pacientes que já haviam passado por um processo terapêutico em situação de atendimento clínico com a pesquisadora, quer não.

A título de complemento, já haviam sido atendidos pela pesquisadora os pacientes AA, CE, FA, MS e SA.

## 5.2 O Início das Entrevistas

Os pacientes AA e CE iniciam suas entrevistas falando de conseqüências das queimaduras, as diversas limitações físicas, temporárias ou permanentes, as alterações na vida e como está o tratamento. MN e DS começam pelas dificuldades nos relacionamentos conjugais, agressões diversas, que apontam para os motivos que fizeram ocorrer a queimadura. É interessante destacar que MN coloca claramente a dificuldade em falar de algo que lhe traz tanto sofrimento, mas ela mesma sugere que comecemos assim e comenta que não fala sobre a queimadura com alguém que não está de alguma forma envolvido com a situação – se vai ao ginecologista não diz a ele como ocorreu a queimadura. A diferença consiste justamente em falar sobre seu sofrimento, pela via do tratamento, com aqueles que são por ela eleitos, dentre aqueles da equipe especialista em queimaduras. Dizendo, assim, à entrevistadora, o que aponta para um sentimento de invasão ao ser questionada sobre o ocorrido por alguém que está fora da relação transferencial.

O paciente FA escolheu começar a contar como era sua vida no Norte, a perda dos pais e o sofrimento da vida por lá. MS quer que lhe faça uma pergunta específica para começar. Foi solicitado que falasse de sua infância, pois ela havia perguntado se era para falar de toda sua vida, desde que era criança. MS conta: “(...) não tenho uma infância, não tive uma

infância boa (...)", apanhava; precisou parar de estudar para cuidar dos irmãos e trabalhar. E SA escolhe falar das mudanças de cidade, em busca de trabalho, mas logo diz que sonha em saber como ocorreu sua queimadura, que não se lembra pois havia bebido. Expressa a solidão que sente ao falar da saudade da família, o fato de não ter uma companheira e sobre suas percepções a respeito de sua queimadura.

### **5.3 Temas das Entrevistas**

Apresentaremos a seguir os principais temas levantados nas entrevistas e em cada tema o que se destacou das entrevistas para cada paciente. Para auxiliar na identificação dos entrevistados temos: AA - 61 anos, sexo masculino; CE - 27 anos, sexo masculino; DS - 53 anos, sexo feminino; FA - 51 anos, sexo masculino; MN - 26 anos, sexo feminino; MS - 36 anos, sexo feminino; SA - 30 anos, sexo masculino .

Vamos aos temas.

**1. Referência à região de origem:** AA- Bahia, FA- Norte, MN- Bahia, MS- Ceará, SA- Norte, os demais pacientes não especificaram.

A forma como estes entrevistados se referem à mudança do lugar onde nasceram e viveram por grande período, indicam o rompimento com laços familiares importantes para a subjetividade. A importância da quebra de vínculos, de referências em relação ao núcleo familiar de origem, está

presente quando falam dos relacionamentos familiares, em relação às perdas sofridas e aos projetos futuros. O distanciamento da família pode, nestes casos ser um fator gerador de angústia.

## **2. Vínculos familiares e conjugais:**

-AA: separação da mulher por um período, atualmente ela está na Bahia.

-CE: briga com a mãe um mês antes da queimadura, momento de angústia.

-DS: apanhava dos dois maridos, traição do 1º, perdeu o amor por ele, levou dois tiros, mas ele não a acertou, separou-se duas vezes. Depressão. Falta de diálogo, não teve carinho de mãe e pai, eram ruins, não tinham diálogo, pai bebia, batia nela e nos irmãos e chamava-a de vagabunda e biscate, poderia ter se prostituído, mas não teve coragem, não tem diálogo com os irmãos, bom relacionamento com as sete filhas.

-FA: discussões com a esposa por divergência na criação das filhas.

-MN: foi morar com o marido com a intenção de constituir uma família, não foi o que imaginava. Após seis meses de relacionamento começou a ter problemas. Saiu do emprego a pedido do marido, afastou-se da família e perdeu as amizades. Era espancada e humilhada pelo marido, sofreu agressão física inclusive quando estava grávida do 1º filho, sente culpa por ter mantido o relacionamento. Buscou ajuda na Delegacia Policial da Mulher e lá lhe disseram: "(...) se ele te bate faz tanto tempo, por que você está grávida? (...)" - do 2º filho. Ele não dividia a responsabilidade de cuidar dos filhos e ela ficava calada, "(...) virei um robô ali...fazia o que ele mandasse (...)". Não contava o que lhe acontecia a ninguém, por vergonha, achava

que tinha que ser fiel. De tanto ouvir do marido dizer que seria rejeitada pela mãe, passou a acreditar nisso, depois começou a contar para a irmã mais nova sobre as dificuldades no relacionamento conjugal. Em uma das tentativas de separação, o marido ameaçou colocar fogo na casa onde estava, via que o relacionamento não existia mais, mas não sabia como dar um fim, tinha desgosto consigo mesma, sentia-se sem apoio e culpada.

-MS: parou de estudar na 8ª série para cuidar dos irmãos, apanhava muito do pai que bebia, saiu de casa por isso e foi trabalhar como empregada doméstica, não tem recordação de uma infância boa, não tinha apoio dos pais, era desprezada, faltou o carinho deles.

-SA: não conversa com as pessoas, guarda os problemas para si, conversar deixa-o tranqüilo, pode surgir alguma coisa que nem pensava em falar, algo que possa elucidar sua queimadura.

Todos os entrevistados colocam a dificuldade em terem alguém que possa apoiá-los. A falta de compreensão, de diálogo se dá com os pais e com os companheiros ou ambos. DS, FA e MS mantêm os relacionamentos conjugais que tinham antes da queimadura. DS sustenta um relacionamento em que continua sendo humilhada, FA parece sentir-se acolhido pela família após a queimadura e MS não pode desejar o marido, amá-lo, pois não foi amada por seus pais. AA já estava separado da esposa antes da queimadura, não fica claro se ainda se constituem como casal, mas houve a quebra deste vínculo. CE trás a angustia da separação com a mãe, devido a uma briga com ela referente à ajuda financeira pela qual ele era o responsável, viu-se sozinho e desamparado. MN relata que se separou do

marido em consequência da queimadura, isto lhe trouxe novas perspectivas de vida. E SA anseia por constituir uma família, ter uma companheira com quem possa dividir sua vida.

### **3. Perdas vivenciadas:**

-AA: não ter nada na vida, pobreza, não ter uma casa – condições dignas de vida, morte de um filho.

-CE: perdeu o trabalho, bom emprego, bom salário, não poder estar convivendo com os amigos, procura superar essa falta, estar sozinho, desamparado.

-FA: morte dos pais, mortes na família por disputa de terras.

-MN: está longe dos filhos, sem poder acompanhar o desenvolvimento deles.

-MS: faz 19 anos que não vê a mãe, não se lembra dela, um irmão se matou, outro morreu queimado em acidente de carro.

-SA: falta de dinheiro, desemprego, separação da companheira, estar separado da família, tem saudade do pai.

As perdas afetivas e as dificuldades materiais e as financeiras estão claramente relacionadas com situações reais sofridas, geradoras de angústia e estão presentes na composição dos fatores que são mobilizados quando do acontecimento das tentativas de suicídio. Isto fica evidente nos casos AA, CE, MS e SA.

### **4. Uso abusivo de bebida alcoólica:**

-DS: início da forma abusiva após o marido começar a rejeitá-la.

-MS: considera que era alcoólatra, dependente da bebida para sobreviver, chegou a agredir o marido, “o bêbado sempre acha que tem razão”.

-SA: bebia demais, ficou sem beber por um mês antes da queimadura, quando parou teve síndrome de abstinência por uma semana.

A dependência alcoólica, nestes casos, denuncia sentimentos de rejeição, indignidade e culpa. É uma tentativa que o sujeito faz para se manter fora da castração.

## **5. Referências ao trabalho:**

-AA: trabalhava na roça, “o sol mata tudo” (como o fogo); em São Paulo como pedreiro.

-DS: saiu de casa aos 13 anos para trabalhar, pai pegava todo o seu salário.

-FA: trabalhava na roça, não tinha possibilidade para estudar, foi enganado, ao chegar em São Paulo não havia o trabalho que lhe fora prometido, arrepende-se de ter vindo.

-MN: trabalhava por ela e pelo marido, mas ele ficava com todo o pagamento, não se dava o direito de ter o dinheiro de seu trabalho.

-SA: vida sem paradeiro, trabalhou em várias cidades.

Nos casos AA, SA e FA a busca de condições melhores de vida através da oportunidade de trabalho rompe com os vínculos familiares de origem e contribuem para o incremento do sentimento de desamparo, na medida em que estes vínculos são importantes elos de identificação para o sujeito. Para DS e MN a produção de trabalho e o respectivo pagamento

estão subjugados pelas relações parentais e conjugais. Não se dar ao direito de receber pelo trabalho que realizam, deixam estas mulheres impotentes e mobiliza sentimentos hostis que se voltam contra elas mesmas.

## 6. Loucura:

-AA: de 8/10 anos antes da queimadura até hoje tem “perda de memória”, que é idéia fraca, se puser água fria na cabeça faz o juízo voltar ao normal ou se fumar, o cigarro é seu remédio para tirar a loucura, já que não pode ir ao médico para ele lhe dar um remédio. Considera sinais de loucura fazer coisas sem sentido, sair pulando, bater a cabeça, fazer maus negócios, como fez.

-CE: perder o sentido das coisas – explosão de temperamento.

-MN: por não contar nada do que lhe acontecia, na relação com o marido, a ninguém, acredita que poderia ter enlouquecido, não conseguiria cuidar dela e dos filhos, como conseqüência precisaria ser internada.

É importante salientarmos que o tema da loucura foi, como em todos os demais, estruturado a partir dos relatos das entrevistas. Não está vinculado a nenhum diagnóstico médico e nem mesmo psicopatológico. Somente no caso de AA é que poderíamos levantar a hipótese de um diagnóstico estrutural de psicose, mesmo assim mantemos esta hipótese a título de observação. O que estes entrevistados nomeiam como loucura, a perda da razão, diz respeito a comportamentos aparentemente sem sentido e a sentimentos de impotência diante de alguma situação que estão vivendo. Vinculam-se às tentativas de suicídio pelo caráter impulsivo que estas

parecem conter, por mais que fatores geradores de angústia estejam presentes a algum tempo (a temporalidade aqui não diz respeito somente ao tempo cronológico, mas implica a subjetividade do sujeito).

### **7. Ideações suicidas, tentativas de suicídio anteriores e ideações suicidas atuais:**

-AA: apresenta ideação suicida desde 8/10 anos antes da queimadura, limitações da queimadura mantém idéia suicida e de auto-mutilação - furar os olhos (assim como Édipo) - para sair do sofrimento, que atualmente também está relacionado às limitações provenientes das seqüelas de queimadura.

-DS: 4 anos antes da queimadura tentou jogar-se em baixo de um caminhão, filha segurou, sentiu várias vezes essa vontade, solução atualmente seria tentar se matar novamente.

-MN: ficava em dúvida se morrer seria melhor ou pior, no dia da queimadura não teve essa dúvida, hoje toma medicação – “Diazepan” e “Amitril”.

-MS: “(...) eu tinha medo de machucar eu com a faca (...)”, uma vez veneno contra baratas, em outra tomou remédio, por sentir-se rejeitada pelo namorado que a trocou por outra pessoa, pensou que só fosse desmaiar, chegou a ficar internada e pulou de um sobrado, quebrou o braço.

As ideações e tentativas de suicídio anteriores à da queimadura estão relacionadas à tentativa de solução para a angústia que determinadas vivências mobilizam. A permanência de ideação suicida após se queimarem, indica que estes sujeitos, os entrevistados AA e DS, se mantêm em situação

conflituosa. AA agora tem as limitações provenientes das seqüelas e DS continua o relacionamento com marido e sentindo-se rejeitada por ele.

### 8. Queimadura – os significados nomeados:

Devido ao volume de material selecionado nas entrevistas e por vezes, exemplificados com falas longas dos entrevistados foram grifados os principais elementos que identificam os significados nomeados pelos sujeitos. Optou-se em manter os conteúdos extensos para possibilitar ao leitor a contextualização em que foram eleitos estes elementos.

-AA: “Eu tenho a impressão dessa... está se passando no meu juízo... é que eu fui muito picado de cobra perigosa na Bahia... fui picado vinte e uma vezes de cobra. Só uma vez de cascavel. Cascavel é a fera mais perigosa que existe. Fui picado. [ininteligível] jararaca; de cascavel foi vinte e uma vezes. Eu penso que o veneno deles subiu para a minha cabeça... e me atrapalhou... o cérebro...” - ficar louco.

-CE: “... são cinco minutos de uma vida, sabe?, que às vezes pode por tudo a perder ou... não é?, é bem por aí... Uma fúria momentânea, que você às vezes não tem o seu autocontrole para segurar.” - momento de angústia, esqueceu que tinha aberto o gás e acendeu isqueiro para fumar – desatenção, diz que foi um acidente premeditado, mas isso seria igual a dizer que foi suicídio. Não foi tentativa de suicídio, se fosse e não tivesse conseguido, estaria ainda com a idéia de se matar, quando abriu o gás estava com idéia fixa de morrer - Lembro da solidão... sabe?, um medo de não poder me erguer de novo... - percebeu que tentar se matar (com

inalação de gás) era uma infantilidade, acalmou-se e recuperou o sentido, por isso nomeia a sua queimadura como acidente.

-DS: “Aí chega, na sua vida acontece tudo isso de novo. Tem hora que... você não tem estudo, não tem nada, sua cabeça fica assim, ó. É onde que você faz as coisas erradas. Foi isso que levou a ‘tacar fogo em mim, que eu acho assim: eu morrendo, acaba tudo, entendeu? Que acaba minha vida de sofrimento que eu ‘tava sofrendo”. - acendeu cigarro, ficou nervosa e esqueceu que tinha jogado álcool, não tem remorso, atribui responsabilidade ao marido, por ser desprezada por ele.

-FA: desgosto, mulher discordava dele, filha não aceitava seus conselhos, vontade que deu de uma hora para outra, fez porque quis, não se arrepende, atualmente não tentaria se matar novamente, agrediria o outro.

-MN: fez por sentir-se humilhada, vergonha em admitir à mãe que errou, decidiu que morrer era o melhor “como se fosse resolver tudo” e queimou-se - “tava no limite” - agora sabe que é capaz de tomar decisões, as marcas são ruins, mas pode mudar a vida.

-MS: foi por fraqueza, não tinha motivo, dizia que ia fazer uma besteira e o marido respondia que ela não tinha coragem, chantagem ao marido para ter sua atenção, ser cuidada por ele, não tinha bebido no dia, não sabia que ia ficar com uma queimadura grande, se tivesse visto alguém assim, não teria feito, queria dar um susto, culpa o marido, e diz “ninguém é culpado, culpo porque não quero levar a culpa sozinha”, não tem coragem de admitir que foi ela que fez, que foi porque quis e não um acidente, foi uma coisa de

momento, filhos teriam vergonha dela por beber, queria “sair de circulação”, “... eu tinha que passar por alguma coisa na minha vida...” - passar por isso para acordar para a vida – “abrir os olhos” - coisa que marca muito, não gosta de falar, fica triste, deprimida, é diferente do sofrimento da infância.

-SA: sonha em descobrir o que aconteceu, se não tivesse bebido poderia ter evitado, as coisas não acontecem porque alguém quer que aconteça, “(...) eu nunca pensei em fazer nada com minhas próprias mãos...com ninguém...nem comigo (...)”, não sabe como alguma pessoa pode fazer isso, não sabe o que deu na cabeça, “(...) fui uma pessoa assim... tipo... a gente solitário, né... porque a gente sem família, tipo perto da gente, sem mulher... a gente fica um pouco meio, né... às vezes nós pensa muitas coisas que, sei lá.... tem hora que você fica sentimento, saudade da família... às vezes a gente fica (...)”, tentação do diabo, como falam na igreja, não é problema de saúde mental, culpa a bebida, algo que está marcado na vida para acontecer – “É difícil eu falar porque eu não sei. Como é que eu vou falar uma... é igual que nem uma pessoa faze um, chega... por exemplo, um policial chegá e falá assim: óia, você vai te que descobri tal coisa. E se eu não vi tal coisa. Como é que eu vou descobri aquilo que eu não vi. Aí eu vou fica... da onde você vai tira uma coisa que você não vê? É igual [ininteligível]... o meu. Que eu tô. Que aconteceu. Inté hoje eu não posso falar como foi porque eu não lembro do que aconteceu... Não lembro... Isso aí fica uma coisa de você não tê como esclarecer. Porque... só... só... se fosse uma coisa assim... alguma coisa que eu lembro. Porque alguém me falou que viu eu falá na hora. Porque, se alguém não tivesse

falado que eu tentei me matar. Se alguém não tivesse falado, até hoje eu não sabia. Que foi eu que... agora, eu não vou dizer: isso foi mentira ou não. Eu não vou dizer que foi mentira porque eu não lembro do que eu fiz, como é que eu posso dizer que foi mentira que eu falei isso? Eu não posso falar que foi mentira. Só posso falar que foi verdade”. - foi uma tragédia, por solidão.

Neste momento destacamos os significados nomeados pelos entrevistados para suas tentativas de suicídio: AA: ficar louco; CE: fúria momentânea, angústia, desatenção, medo, infantilidade; DS: fazer coisas erradas, sofrimento psíquico; FA: desgosto; MN: estava no limite, precisava tomar uma decisão para mudar a vida; MS: chantagem, passar por algo na vida que lhe abrisse os olhos e acordar para a vida, olhar para si própria; SA: tragédia, é o significado que traz para buscar descobrir o que lhe aconteceu.

#### **9. Utilizam a palavra acidente para se referirem à queimadura: AA, CE e SA.**

Chamamos a atenção para este item, pois consideramos importante para o registro de informações nos prontuários médicos. A informação de como se deu a queimadura determinará o tipo de notificação a ser feita em situações de mortes por causas externas, notificação esta organizada pelo Sistema de Informações de Mortalidade. Quando o paciente relata sua queimadura, poderá referir-se a ela como um acidente, por exemplo, CE. Ele constrói uma cadeia associativa que se inicia por identificar sua queimadura como um impulso, fala de um sentimento de angústia e para evitar o contato

com este sentimento, diz que a queimadura se deu por desatenção assim, defende-se pelo mecanismo psíquico da negação e a idéia fixa de morte que havia quando ligou o gás fica reprimida; introduz um novo elemento: o medo, que retoma o sentimento de angústia, terminando por dizer que a tentativa de suicídio foi uma infantilidade, uma coisa sem qualquer importância, um acidente. A mesma interpretação não pode ser aplicada nos casos de AA e SA, este último utiliza a palavra acidente na procura de construir uma significação para sua queimadura.

#### **10. Um pouco mais sobre a Queimadura:**

-CE: foi um ensinamento, ser humilde, tem agora uma história fortíssima para contar.

-MN: “(...) Todo dia eu penso nisso. Jamais teria feito Eu vejo hoje que tinham muitas outras formas de ter resolvido as coisas (...)”.

-MS: algumas vizinhas condenam o que ela fez, outras dizem que é uma lição de vida, pelo sofrimento que passou, “(...) porque a queimadura não dá para a gente explicar, porque se fosse para explicar, não sabe, a pessoa não tem noção do que é uma queimadura grande que nem a gente já tem (...)”, recebeu uma grande graça do Senhor por ter ficado viva, aprendeu a dar valor à vida e às pessoas, a queimadura fez ver que com a bebida estava perdendo a família, prefere a queimadura à bebida – “há mal que vem para bem”.

-SA: teve o perdão de Deus, está vivo, pode servir de exemplo para aqueles que bebem.

A queimadura é um marco na vida dos entrevistados. Ser humilde e ter uma história fortíssima para contar, mais uma conquista. Prefere a queimadura à bebida, uma punição. Ser o exemplo para outros, um sentimento altruísta. Enfim, possibilidades para se dar um sentido ao ato cometido.

### **11. Motivos Atribuídos:**

-AA: "...Ah, de morrer, já tive vontade", tentação.

-CE: desamparo, solidão.

-DS: "Não tem solução para a vida da gente", "...melhor eu morrer."

-FA: "...eu queria me matar mesmo...", "Vontade que deu de uma hora para outra e fiz."

-MN: "...às vezes eu mesma já pensava que eu 'tava ficando louca... já... ia chegar uma hora que eu não ia ter nem como cuidar dos meus filhos e eu ia ter que ser internada em algum lugar e não ia ter nem como cuidar dos meus filhos nem de mim mesma."

-MS: "Uma coisa assim de segundos. Passa na cabeça da pessoa assim, sabe? Coisa de, coisa de momento assim. Você tá ali menina, tá ali, dá aquele negócio na cabeça assim, você vai lá, oh, um segundo."

-SA: "...sobre isso aí não.... agora, sobre a bebida... eu culpo a bebida... eu culpo a bebida porque eu vejo em mim, não (...) Agora, falar porque foi que eu inventei de me... (...) de ter me queimado... eu não lembro. Eu não lembro..... eu não lembro se foi por causa da bebida... ou... (...) não sei..."

não sei o motivo que veio trazê eu faze essa tragédia com a minha vida não.”

Os motivos atribuídos à queimadura, aparentemente sem sentido e até mesmo banais, fazem parte de toda uma cadeia associativa, junto com os significados e demais conteúdos do discurso do sujeito. É nesta cadeia associativa que encontramos elementos que poderão contribuir para a identificação do que se trata o ato da tentativa de suicídio.

## **12. As seqüelas e conseqüências da queimadura:**

-AA: está aleijado, tem a perna “dormente”, sente facada, agulhada na carne, pés inchados, não consegue dormir por sentir dor, igual a fogo queimando no intestino, quer a aposentadoria por invalidez, que é uma forma de ter um sustento, não tem mais condições para trabalhar.

-CE: debilidade temporária, sente dor à noite, tem medo de se machucar, quer fazer as coisas sozinho, sem depender dos outros.

-DS: não é mais desejada pelo marido, pode ser considerada como doente e não conseguir emprego.

-FA: mobiliza pena nas pessoas, ainda sente dor.

-SA: não movimenta braço e mão, perdeu força na mão, não consegue mais fazer muita coisa, trabalhar, fazer serviço pesado, comer com a mão direita, não agüenta o calor, sente muita coceira e fica agitado.

Além das dificuldades físicas decorrentes das seqüelas, os entrevistados apontam o impacto que a deformidade causa ao outro próximo, alterando as relações intersubjetivas anteriormente construídas.

### **13. Sobre as marcas:**

-CE: já se preocupou e se assustou com as marcas, ver a diferença no próprio corpo, pele está feia, com aspecto ruim.

-DS: ficou feia, está ainda mais arrasada.

-MN: foi o que mudou para pior, não se acostuma, não era assim e nunca vai se acostumar, tem dias em que não se importa, tinha certeza da morte, não imaginava que a queimadura fosse deixar marcas para o resto da vida, nunca tinha visto uma queimadura grande.

-MS: sente depressão ao se ver no espelho, são marcas de sofrimento no corpo, conviver é difícil, as pessoas comentam, criticam e têm dó, não é coitada, pode andar, falar, enxergar, fazer de tudo.

-SA: pode haver preconceito dos outros, podem achar que é uma doença contagiosa, mas mesmo com as marcas pode ter uma companheira, se casar, não adianta ter vergonha das marcas e do que aconteceu, tem mágoa, não importa a diferença de cor da pele.

As marcas provocam um estranhamento do sujeito diante de seu próprio corpo, assusta, deixa arrasada, provoca reação no outro, mobilizando fantasias.

### **14. O tratamento e a equipe assistencial:**

-AA: foi bom, mas agora está sem perspectiva de melhora, não tem como melhorar.

-DS: faz retornos periódicos e pequenas cirurgias.

-FA: funcionários ficam mobilizados, sentem dó devido ao seu sofrimento, quer tratar da visão e fazer cirurgia para seqüelas, não usa malha porque é muito apertada.

-MS: no hospital, a equipe não repara, não a condena.

-SA: não sabe se recupera o movimento do braço e mão e a força, não importa a cor, gostaria de ter o movimento normal.

Chama a atenção que os entrevistados pouco falam das perspectivas de melhora e do desejo dela. As orientações da equipe assistencial podem estar sendo bastante efetivas quanto ao esclarecimento dos limites do tratamento médico e de reabilitação. Fica a pergunta se isto não interferiria no envolvimento do paciente em seu tratamento, na busca de alcançar melhoras dentro destes limites.

## **15. O Fogo:**

-AA: corpo continua queimando, a carne ficou aferventada.

-MN: não tinha coragem de se matar com faca, cortar os pulsos ou tomar remédios, o fogo não a assustava, se tivesse visto, prestado atenção em alguém com marcas de queimadura acha que não teria utilizado o fogo, não teria feito isso com ela, teria se assustado.

-MS: nunca tinha passado pela cabeça, viu em um programa de televisão, "Linha Direta", que marido pôs fogo na mulher e ela morreu carbonizada, pensou "(....) será que mata mesmo? (....)", tinha tentado outras vezes e não havia conseguido.

Mesmo com poucos elementos disponíveis, o fogo parece estar ligado à idéia de certeza da morte. Outros meios foram tentados sem sucesso, como para MS. O fogo iria matá-la, não machucaria como a faca, MN. E para AA ainda produz efeitos.

#### **16. Como se vê:**

-CE: um romântico, batalhador, sonhador, teimoso, explosivo – brincar com fogo, é preciso mudar o temperamento, tem que aprender a tolerar, acalmar, a ouvir os outros.

-MS: não é ambiciosa, se contenta com pouco, é explosiva, agüenta calada porque se falar magoa os outros, tem uma natureza ruim, era vingativa, maltrata o marido, é nervosa, com qualquer coisinha do dia-a-dia, “(...) não falta as coisas para mim, não falta nada. Tenho um filho maravilhoso, um marido maravilhoso(...)”, com o nervosismo sente falta de ar, o corpo treme, fica roxa sente pontada forte no coração.

CE indica que, por conta de seu temperamento explosivo, a tentativa de suicídio (negada por ele) se liga a um comportamento impulsivo, uma fúria momentânea. MS também fala do comportamento explosivo e parece se perguntar qual a razão para o suicídio, já que não lhe falta nada, precisa ser punida, pois em sua fantasia tem uma natureza ruim.

#### **17. Como vê a vida hoje:**

-AA: não pode fazer nada, trabalhar, sente-se inválido.

-CE: tem o ideal de vencer, de estar bem.

-DS: a vida está pior, só tem desprezo do marido (mantém o relacionamento).

-FA: quer recuperar-se e voltar para o Norte que é uma possibilidade de ter trabalho.

-MN: a vida mudou, tem uma vida normal, sai, vai a igreja, conversa. “(...) Se seu sento e desabafo e a outra pessoa me ouve, to bem. Fico bem. Conversando a gente resolve (...)”. Não está preocupada se tem que viver de uma forma ou de outra, como fazia para tentar ter a atenção do marido.

-MS: quer que lhe aconteçam coisas boas, “(...) chega de sofrer...deixar de pensar no que aconteceu...Mas, apesar de que o que aconteceu comigo, não passa assim depressa. Não é coisa que passa assim com o tempo. Mas pelo menos tentar...não ficar lembrando direto. E tentar ser feliz, né? Um marido que gosta de mim. Já que não sou feliz, pelo menos fazer ele(...)”.

-SA: sente-se sozinho, frustrado por não poder realizar um sonho, ter uma companheira, quer voltar para o Norte, ver a família quando as seqüelas estiverem em melhores condições.

Para MN a queimadura produziu efeitos, mudança de uma posição passiva na relação com o marido, para encontrar-se enquanto sujeito. CE não se questiona sobre o acontecido. Nos demais parece haver uma demanda de trabalho terapêutico. De qualquer forma, produz um efeito imponderável no sujeito.

#### 5.4 As Cenas das Tentativas de Suicídio

Apresentaremos o que foi destacado das entrevistas em relação ao que os entrevistados disseram ao relatarem a cena da queimadura. Foram transcritas suas falas literais, novamente longas. Elegemos as cenas das queimaduras para procurar identificar, nos casos apresentados, o que o ato de tentar se matar pode exprimir. Uma atuação (*acting out*) enquanto a tentativa de evitar a angústia ou uma passagem ao ato, enquanto ação inconsciente, de ruptura que escapa da simbolização. Por vezes elementos presentes nas cenas das tentativas de suicídio não são suficientes para fazer esta identificação. Assim, recorreremos a outros elementos das entrevistas buscando pistas nos temas, nos motivos das queimaduras e mesmo em algum elemento que possa não ter sido dado o devido destaque, mas presente nas entrevistas.

-AA - 61 anos - sexo masculino

(...) Esta queimadura foi... eu fazia uma [ininteligível] num cano. Eu fico fazendo um negócio lá [ininteligível] colocar uma parede em cima e botar [ininteligível]. [ininteligível] a casa desse menino. Aquilo... eu bati a picareta; a picareta não; o enxadão e cortei o cano de esgoto. Quebrou, ele quebrou. Aí fui, tirei, fui lá, ajeite, cortei ali, cortei ali, peguei um pedaço dele para mim fazer a rosca para mim emendar um no outro. Aí eu peguei um saco de cimento sempre tinha guardado um saco de cimento vazio fui lá e peguei um litro de álcool cheio [ininteligível]. Despejei o álcool em cima; aí botei o litro [ininteligível], meti a mão no bolso, peguei o isqueiro. Quando eu bati o isqueiro lá o fogo evaporou de vez, passou para o litro, e eu não

tampe o litro e eu fiquei com ele seguro na mão aqui. Então, eu não tampei o litro, o fogo evaporou lá de vez, explodiu, passou para o litro... foi a hora que o fogo dentro do litro me jogou tudo na cabeça, na cara... Aquilo tudo fogo queimado, que... Isso não era jeito não; olha como é que é, não é? Olha como foi, tudo... todo esbagaçado... O lado de lá não queimou, foi daqui, desse lado. Então eu... Aí eu corri. Aí um me falou assim-assim... falou: joga o litro [ininteligível], para mim jogar para lá, e eu corri para o lado da árvore gritando [ininteligível] e o fogo queimando. E eu com essa roupa assim... essa roupa ela não pega fogo, ela não [ininteligível] cola tudo, derrete. Igual a querosene, esse aqui também. Aí eu joguei para cima [ininteligível] a tesoura (?) [ininteligível] derretido a metade do litro... E em vez de ter jogado num canto assim, eu joguei para riba, voltou lá, caiu tudo em cima de mim. Aí que o fogo fechou. Foi aí que começou o incêndio de fogo em mim. Me danou comigo, me queimou todo.

Pesquisadora: Você já estava sentido...?

Entrevistado: Eu já estava queimado, o fogo me queimando e eu joguei para lá, o litro caiu [ininteligível] da casa, eu joguei para riba, voltou o [ininteligível] de álcool que tinha cortado no meio, voltou e derramou tudo em cima de mim. ...[ininteligível]... em cima de mim tudo. Aí também eu caí. Foi a hora que eles apagaram o fogo lá, jogaram água no fogo [ininteligível] na água (....) que o litro explodiu que [ininteligível]. Então pegou fogo em mim. Aí eu corri. E em vez de eu jogar o resto do álcool lá num canto, eu joguei para cima. Derramou na minha cabeça e estragou, o desastre no meu corpo todo. E [ininteligível] foi eu... eu caí [ininteligível]. Foi na hora que eles pegaram

uns [baldes] de água...jogou em mim, jogaram areia também, mas apagaram logo... eu não vi mais nada. Aí não sei contar nada, que eu não vi. Chamaram lá [ininteligível], ah não, diz que aqui não dá não. Só o resgate para levar. Aí chamaram o resgate e o resgate é que me trouxe aqui. Chegaram a meter [ininteligível] a roupa minha toda [ininteligível] mercúrio. [ininteligível] derreteu. Diz que tiraram tudo aí [ininteligível]. Pois é, minha filha. Eu achei que eu sofri. (...)

- Supomos que neste caso haja poucos recursos psíquicos para lidar com impulsos inconscientes. Não podemos levantar hipótese de como a tentativa de suicídio poderia ser identificada, ato ou passagem ao ato.

-CE - 27 anos - sexo masculino

(...) Eu peguei para acender meu cigarro. É normal para mim acender o cigarro. Daí que quando acendi o cigarro que..... eu me queimei, não é? Não que eu tenha acendido o cigarro para acontecer o que aconteceu; não, não foi isso (...) E nisso eu acendi o cigarro. Eu esqueci que eu tinha aberto um gás, entendeu? Daí foi o que aconteceu. Tanto que eu me queimei e ainda tive tempo de pedir socorro e sair da minha casa não é? A casa pegando fogo e eu ainda saí da casa, deu aquele tempo de... quando a minha mãe veio, lá onde 'tava, de pedir para ela não tocar em mim, porque estava doendo, 'tava ardendo... e pedi para tirar ela de lá também. Eu fiz tudo. Eu não perdi a memória de nada, sabe? Não perdi. Eu não lembro da dor que eu sentia. Engraçado, eu não lembro da dor que eu sentia ali no momento que eu 'tava deitado na calçada. Mas... muita gente falou que eu gritava muito de dor, reclamava muito, 'tava ardendo muito, entendeu? E que

pedia pelo amor de Deus que não queria morrer... esse tipo de coisas. Mas... [ininteligível]. Foi aí que eu... retomei tudo. E... não sei... aconteceu isso. [ininteligível] não tem como voltar atrás, não é? Já não dá mais tempo para voltar atrás. Não existe a máquina do tempo, que você pode voltar atrás e arrumar tudo... as besteiras, entendeu? Não tem jeito. (...)

- Possibilidade de se pensar na tentativa de suicídio como ruptura quando CE diz que “retomou tudo”, retomou a consciência de um agir inconsciente → passagem ao ato.

-DS - 53 anos - sexo feminino

(...) nunca tive coragem de fazer mal a outra pessoa; nunca tive coragem. Aí eu falei assim: melhor eu morrer. Melhor eu morrer porque aí acaba esse sofrimento, não é? Sofri tanto com o primeiro marido; agora sofrer tudo de novo? Falei: melhor eu morrer. Aí, um dia, uma sexta-feira, eu bebi, mas bebi muito... Aí ele me bateu bastante ainda na sexta-feira, me bateu muito porque eu queria sair. Bebi e queria sair, aí ele me bateu, me bateu. Me machucou tudo. Aí eu fingi que estava dormindo; era uma hora da manhã, eu fingindo que estava dormindo e ele deitou foi dormir e as crianças também, porque eu tenho sete meninas. Tem uns cinco que moram comigo, tenho duas casadas. Aí eu fingi que estava dormindo e ele foi dormir. Aí eu levantei bem quietinha, fui lá, peguei um litro de álcool, aí eu só lembro até essa hora, que eu peguei o litro de álcool, joguei em mim. Mas não tinha muito álcool, que as meninas tinham feito limpeza, tinha um pouquinho só de álcool. E aí, na mesma hora que eu joguei o álcool, eu desisti de ‘tacar o fogo. Mas só como eu fumava, eu ‘tava com uma blusinha de [ininteligível]

bem apertadinha, sabe, essas blusinhas bem apertadinhas? Peguei e falei: vou acender um cigarro, fiquei nervosa e esqueci que eu já tinha jogado o álcool em mim; esqueci e aí fui acender o cigarro. Quando eu acendi o cigarro foi quando o álcool pegou fogo. Aí eu não vi mais nada. Aí eu já vi ele correndo, acordou, me trouxe ao hospital... aí me internaram aqui. (...)

- Relacionamento com o marido – situação de angústia → atuação.

-FA - 51 anos - sexo masculino

(...) Ah, minha queimadura foi com desgosto de minha filha, toquei fogo n'eu. Eu mesmo. Mandeí comprar, comprei um tubo de álcool, aí cheguei em casa e toquei fogo n'eu; joguei o álcool e toquei fogo com o fósforo. Aí me trouxeram para o hospital aqui. Somente. (...)

- Desamparo, angústia, busca de reconhecimento do outro, ser ouvido → atuação.

-MN - 26 anos - sexo feminino

(...) Aí, chegou esse horário de manhã, eu já de manhã assim umas seis horas da manhã, tinha um álcool lá na cozinha, eu levei lá para o quarto escondi... debaixo do edredon, 'tava dobrado em cima da calça, escondi... Fiquei numa boa. Aí lavei roupa, aí... Nove horas, como se não tivesse acontecido nada (...). Aí eu chamei ele, tranquei a porta do quarto e falei para ele assim: ó, já que você quer assim, então eu vou acabar com a minha vida e você fica com as crianças, você faz o que você quiser. Porque em mim você não vai pisar mais. Me humilhar você não vai mais, você mesmo fala que a minha mãe não vai me querer com dois filhos, então aí você vai

procurar quem cuide das crianças. Porque de mim você não ia se importar, nem de mim nem ninguém. Eu mesma vou cuidar de mim. Aí ele começou a dar risada. Começou a dar risada e eu séria, não é? Aí eu tranquei a porta... tinha minhas coisas, roupa, tudo estava jogado, joguei a chave na cama, nas roupas, não vi nem onde caiu, nem ele olhou também porque ele não sabia nada do que ia acontecer. Aí ele começou a dar risada. A rir da minha cara. Aí eu falei assim: [ininteligível] você acha que eu estou brincando, igual das outras vezes? Que sempre você falava, falava e eu falava sério, depois passava um dia que esquecia e você achava também que eu era burra, que falei só por falar e esquecia. Quando eu falava: vou embora, você vinha atrás e eu voltava; Agora eu 'tô falando sério mas eu não 'tô brincando. Aí ele começou a dar risada. Aí eu fui lá em cima da cama, peguei o álcool, comecei a jogar em mim, eu já 'tava com o isqueiro na mão assim escondido, não é? Mas ele não tinha visto; ele achava que não. Aí eu comecei a jogar em mim e ele começou a dar risada. Aí eu fui, levantei o vidro de álcool assim, aí ele veio para segurar na minha mão, não é?, aí o vidro de álcool virou, derramou assim na camisa dele... assim; mais embaixo na barriga derramou... E aí foi na hora que eu risquei o isqueiro. Aí eu não consegui... Só consegui ver... ele correu para o banheiro... foi um fogo muito grande, tomou conta do quarto todo... Muito grande, muito rápido assim... muito rápido, muito rápido, não consigo explicar direito como que foi. (...)

- Busca evitar angústia, demanda de amor → atuação.

-MS - 36 anos - sexo feminino

(....) Eu não sei. Eu tava lá conversando, ele falou: eu vou lá na casa do meu amigo lá, pegar lá umas peças pra bicicleta, o G. . Aí eu tava com a minha cunhada lá fora, falando da M. e da P., e a minha cunhada sobe. Aí ela subiu pra ir para a casa dela. Subi, peguei um vidro de álcool, joguei assim em mim, tentei um monte de vez, eu riscava o fósforo. Deu vontade de ir no banheiro tomar banho... Mas, aquilo ficou assim na minha cabeça.

Pesquisadora: O que ficou na sua cabeça?

Entrevistada: Oh, ficava assim: risca logo, risca logo e acaba logo com isso logo. (....)

- Vivência intensa de situações de angústia. O que não lhe sai da cabeça são as lembranças infantis, sentimento de abandono pela mãe, chantagem ao marido – angústia de separação, demanda de amor ao outro → atuação.

SA - 30 anos - sexo masculino

(....) 'tava sozinho, meu irmão não tinha chegado ainda.... aí quando não sei que fim que deu na minha cabeça, fui pro bar.... beber.... eu lembro que tomei uma três cachaças.... que eu não tomava quase cerveja... aí um colega meu passou lá por perto e ele ouviu uma pessoa lá falar assim “ah, pode beber aí que eu pago”... aí eu não sei... aí eu não lembro mais quantas pingas mais eu bebi.... aí eu vim embora prá casa.... eu lembro que eu cheguei no barraco somente... aí a vizinha falava que eu falava “que isso não era vida de ninguém... que eu ia tocar fogo na casa”.... aí ela ficou inté

assustada... pensou [ininteligível]... “ficou bom, agora está pensando em se matar... não sei o quê...” ... aí ficou quieta... achou que era brincadeira minha... quando foi depois ela viu a casa pegando fogo... aí ela correu na casa da minha colega lá que ficava na mesma rua aí chamou ela lá e falou “teu primo lá ta morrendo queimado lá...” aí ela correu pegou carro ele levou prá o bombeiro quando chegou lá no barraco eu tava em cima do colchão [ininteligível]... já tinha queimado, aí o bombeiro falou que não jogasse água prá não estuporar... tirasse, tivesse como tirar, tirasse eu deixasse fora... aí isso ela fez tirou eu, mais o filho dela... ai deixou fora... aí ‘tava garoando... ela colocou uma...

Pesquisadora: Aí, estava garoando e ela colocou...

Entrevistado: Aí, ela colocou um guarda chuva, né, em cima, né... depois... aí eu não lembro mais... eu lembro, porque ela , depois que aconteceu isso, ela falou prá mim que eu só falava assim... “solta meu pescoço... solta meu pescoço....”... mas não era ninguém que ‘tava agarrado no meu pescoço.... eu não sei se era por causa do fogo que estava queimando... eu ‘tava com esse... aí depois não falei mais nada... aí chegou o bombeiro... aí enrolou eu com plástico... depois passou papel alumínio... despachou.... aí colocou, né.... aí levaram eu prá o Santo Amaro, lá... não tiveram jeito.... aí ligaram aqui prá o Hospital e tô aqui... acharam, teve uma vaga aí trouxeram eu prá aqui.. aí eu fiquei... mas inté hoje... depois de [...] disso acontecido alguém que chega e me perguntar... (...) “Ah, isso ai foi beb... Ah (...) seu doido, tentar se matar, não sei o quê” ... eu falo “eu não lembro”. (...)

- Ao procurar dar conta do que lhe aconteceu, buscando um significado para sua queimadura SA nos revela o inconsciente de maneira preciosa: "Como é que eu vou descobrir". Precisa de alguém que lhe diga o que lhe aconteceu, que diga a verdade, o outro que possui a verdade sobre ele, no qual não tem acesso. O que está no inconsciente não passou pela simbolização, irrompeu em ação → passagem ao ato.

As cenas das queimaduras aparecem ao longo das entrevistas, vão e voltam em vários momentos. São nomeadas por uns como acidentes e por outros como tentativas de suicídio. Surgem falas que explicitam um momento de angústia intenso, a morte como única solução para sair de um conflito, resolver os sofrimentos da vida. O sujeito sofre por não poder compreender o que lhe aconteceu e constrói um saber na busca desta compreensão. Busca também os significados. Identificamos vários, que não são nem os mais importantes, nem os únicos e tão menos estáticos. São singulares. É a loucura, a fúria, a angústia, a desatenção, o medo, a infantilidade, o sofrimento, o olhar para si, a tragédia.

Apresentamos no segundo capítulo definições sobre o suicídio e a tentativa de suicídio. Para compreender os significados das tentativas de suicídio por queimaduras trouxemos a idéia de angústia enquanto sinal, uma angústia primeira, ligada à preservação. Busca então a tentativa de suicídio dar conta da ameaça de perigo. Põe em risco a integridade física deste sujeito, mas ele deseja morrer?

A tentativa de suicídio busca dar conta de um excesso de energia para evitar o desprazer, através do ato, de uma ação específica. Produzir um sintoma poderia ser menos trágico, mas o ato procura dar conta das pulsões, coisa que o sintoma parece não conseguir fazer nestes casos.

Identificar significados, buscar compreensão é pouco. Acreditamos que esta pesquisa, desde os primeiros esboços, a busca pelos pacientes através de seus prontuários, as entrevistas, a escrita possuem um sentido pessoal. Chamar a atenção para algo mais importante, dar voz ao sujeito para que ele construa os significados para seus atos, as tentativas de suicídio, possibilitar que este sujeito venha a se responsabilizar por esses atos. Responsabilidade não no sentido moral, a responsabilidade da implicação do sujeito em sua vida e se constituir como tal, nomear, ser singular e único e talvez convidar alguns a enfrentar este desafio.

## 6. CONCLUSÕES

Que me direis vós, meus livros? Queixas e consolações. Dais-me escrito o que eu tenho a falar no interior. Queixas de um sentir sem eco, consolações de uma esperança sem desfecho. Que havíeis de dizer mais? Nada é novo; o que é, já foi e há de vir a ser. Destas dores sentir-se-ão sempre e não deixarão de sentir-se. Círculo vicioso, problema sem solução! Lembrei o Eclesiastes. Que me dirá esse tesouro de sabedoria? - Todas as coisas têm seu tempo, e todas elas passam debaixo do céu segundo o termo que cada uma foi prescrito. Há tempo de nascer e de morrer. Há tempo de plantar e de colher. Há tempo de enfermar e tempo de sarar. Há tempo de chorar e tempo de rir. Há tempo de destruir e tempo de edificar. Há tempo de afligir e tempo de se alegrar. Há tempo de espalhar pedras e tempo de as ajuntar. Há tempo de guerra e tempo de paz. Assim fala o Eclesiastes. A cada coisa um tempo: eis tudo. Qual será o tempo desta coisa? Qual será o tempo daquela? Tal é a dúvida, tal é a incerteza... Destruo agora; quando edificarei? Aflijo-me; quando me hei de alegrar? Semeio; quando hei de colher. Virá o tempo para isso...Quando? Não sei! A certeza é uma: a certeza do presente; a da destruição, a da aflição, a da plantação. O resto – mistério e abismo. Não! Entre tantas incertezas, entre tantas ilusões, uma certeza há; há um tempo que há de vir, fatalmente, imperiosamente: o tempo de morrer. Nasci, morrerei. Oh, ciência humana! Entre a destruição e a edificação, entre a tristeza e a alegria, entre o semear e o colher, há o tempo que não é de uma nem de outra coisa, o tempo absoluto, o tempo que marca a todas as horas uma vida e uma morte, um vagido e uma agonia; o tempo do fim, o infalível, fatal.

Machado de Assis

O que se pode saber?

Não é por acaso a escolha deste título. Desde o início de meu trabalho no Serviço de Queimaduras chamou-me a atenção as queimaduras intencionais. O tema do suicídio escancara nosso total desconhecimento diante do enigma da vida: a morte. Nos impele a romper com valores próprios e nos coloca diante de subjetividades, no plural, pois envolve a subjetividade daqueles que cometem o suicídio, daqueles que pesquisam sobre o tema e dos que tratam desses sujeitos, dos profissionais da saúde, familiares, das pessoas do convívio social e até mesmo daqueles que por “mera curiosidade” se aproximam do assunto. Estar implicado, tarefa árdua a todos, provoca fantasias e idéias singulares. A castração nos impede de poder saber tudo. Assim, as histórias narradas e contadas pela interlocutora, a pesquisadora, também envolveu escolhas pessoais. Desta forma o trabalho se apresentou como tal, singular. Desta forma, é preciso concluir.

Quanto aos objetivos propostos concluímos:

As tentativas de suicídio por queimadura envolvem aspectos complexos, sociais - referentes às condições de vida dos pacientes, como a situação de pobreza.

Os significados psíquicos atribuídos pelos entrevistados são múltiplos, singulares e ressignificados.

O fogo é utilizado para se tentar morrer. O queimar-se aponta para a fantasia de desaparecimento completo, sem deixar vestígio algum, virar cinzas.

As repercussões das tentativas de suicídio por queimadura no âmbito da vida social causam impacto entre aqueles próximos dos sujeitos das tentativas, provocando sentimentos ambivalentes de pena, condenação, admiração e incompreensão.

Este trabalho proporcionou ainda pensarmos na importância que se tem as anotações registradas nos prontuários dos pacientes por toda equipe assistencial.

O registro em prontuário é uma fonte riquíssima de informações. Não se constitui apenas por uma coleção de dados a serem arquivados ou armazenados. Contém dados objetivos, fundamentais para o tratamento do paciente. É mais ainda. É um conjunto de elementos que representa características de uma determinada população, onde podemos ver as condições de vida de nossos pacientes, as dificuldades sofridas, suas condições sociais, hábitos alimentares, relações familiares, os problemas de saúde anteriores e suas conseqüências, as histórias das queimaduras, enfim, elementos de suas histórias de vida. É claro que encontramos informações conflitantes e falhas, que alteram os levantamentos epidemiológicos que se deseje fazer. Mas o prontuário não deixa de ser o paciente "vivo" com sua história, dentro do hospital.

Fala-se muito em campanhas preventivas de queimaduras, apesar de encontrarmos carência das mesmas. Uma maior efetividade dessas campanhas pode se dar também com o estudo de grupos sociais de maior vulnerabilidade e ainda, sabemos sobre o desconhecimento que a população em geral tem em relação às conseqüências de uma queimadura, as marcas, os danos e o sofrimento que acarreta. Assim falou MS em sua entrevista:

(...) “Mas, eu não pensava que ia ficar assim essa queimadura. Bem grande desse jeito. Aquela coisa ... uma queimadura grande. Porque eu nunca tinha visto assim, sabe. Eu não sabia que ia ficar desse jeito”.

Pesquisadora: Você nunca tinha visto o quê?

Entrevistada: “Uma pessoa assim, queimada assim. Se eu já tivesse visto, assim, algum dia, eu não era capaz de ter feito isso”.

Fica a sugestão.

Mais um ponto a ser colocado: refere-se à importância de se ter recursos disponíveis e efetivos para se oferecer atenção na área da saúde mental. Vale lembrar que alguns entrevistados pensam que se tivessem tido a oportunidade de um atendimento psicológico prévio à tentativa de suicídio, estas poderiam ter sido evitadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBERTI, S. **Esse sujeito adolescente**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
2. ALMEIDA FILHO N, COELHO MTA, PERES MFT. O conceito de saúde mental. **Revista USP**. 1999; 43: 100-125.
3. ARAÚJO LRR, PRESTES MA, RIPPEL R, ROESLER R, PACHECO AL, GRAÇA NETO L. Tentativa de suicídio por queimadura: estudo retrospectivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**. 1999; 14 (3): 51-8.
4. ARTZ CP. História das Queimaduras. In: Artz CP, Moncrief JA, Pruitt Jr BA. **Burns – A team approach**. Philadelphia: Saunders Company; 1979.
5. BACHELARD G. **A psicanálise do fogo**. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
6. BARBIERI ALN. Tratamento psicológico da dor em pacientes com queimaduras. In: **4º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor - SIMBIDOR**; jun 10-13; São Paulo, Brasil; 1999. p.139-140.
7. **BÍBLIA SAGRADA, A**. Trad. João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro: Imprensa Bíblica Brasileira; 1977.

8. BLAKENEY PE, MEYER III WJ. Psychosocial recovery of burned patients and reintegration into society. In: Herndon, D. N., editor. **Total burn care**. 3ª ed. London: W. B. Saunders Company Ltd; 1997.
9. BLEGER J. **Temas de Psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes; 1980.
10. BLUMENFIELD M, SHOEPS M. Reintegrating the healed burned adult into society: psychological problems and solutions. **Clinics Plastic Surgery**. 1992; 19 (3): 599-605.
11. BOTEGA NJ. Suicídio e tentativa de suicídio. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr. R, Miguel EC. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
12. CHOCTAW WT, EISNER ME, WACHTELT. Causes, prevention, prehospital care, evaluation, emergency treatment, and prognosis. In: Achauer, BM, editor. **Management of the burned patient**. Califórnia: Appleton & Lange; 1995.
13. CRUZ NETO O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: Minayo MCS, organizadora. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
14. DE-SOUZA DA, MARCHESAM WG, GREENE LJ. Epidemiological data and mortality rate of patients hospitalized with burns in Brazil. **Burns**. 1998; 24 (5): 433-8.

15. EYMERICH N. **Manual dos inquisidores**. Comentários de Francisco Peña, tradução de Maria José Lopes da Silva, 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos e Brasília – DF: Fundação Universidade de Brasília; 1993.
16. FERREIRA ABH. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
17. FERREIRA J. O corpo sócnico. In: Alves, PC; Minayo, MCS. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.
18. FERREIRA MM. História oral: um inventário das diferenças. In: Ferreira MM, coordenadora. **Entrevistas: abordagens e usos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1994.
19. FREUD S. Psicopatologia de la vida cotidiana (1901) In: **Obras Completas**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1948.
20. \_\_\_\_\_ La aflicción y la melancolía (1917). In: **Obras completas**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1948.
21. \_\_\_\_\_ El porvenir de una ilusion (1927). In: **Obras completas**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1948.
22. GOLLEGÃ ACC, LUZO MCM, DE CARLO MMRP. Terapia ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: De Carlo, MMRP; BARTALOTTI, CC, organizadores. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus; 2001.

23. GOMEZ DS. Mecanismo de cura das queimaduras. In: Fontana C. organizador. **Queimaduras: abordagem multiprofissional**. São Paulo: Frôntis Editorial; 1998.
24. JAPIASSÚ H, MARCONDES D. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1996.
25. KEHL MR **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
26. LAPLANCHE J; PONTALIS J-B **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
27. MEIHY JCSB. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola; 1996.
28. MEYER III WJ, BLAKENEY PE Psychiatric disorders associated with burn injury. In: Herndon DN editor. **Total burn care**. London: W.B. Saunders Company Ltd; 1997.
29. MINAYO MCS **O desafio do conhecimento – metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde**. RJ. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, 1989, XII, 366 p. [Tese de Doutorado em Saúde Pública].
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Mortalidades** [documento on-line]. Brasil. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
31. NOVA BARSA CD. São Paulo: Encyclopædia Britannica do Brasil, 1999.

32. PANJESHAHIN M-R, LARI AR, TALEI AR, SHAMSNIA J, ALAGHEHBANDA R. Epidemiology and mortality of burn in the South West of Iran. **Burns**. 2001; 27 (3): 219-26.
33. **PROGRAMA DE APRIMORAMENTO das INFORMAÇÕES de MORTALIDADE no MUNICÍPIO de SÃO PAULO – PRO-AIM.** [consulta ao Programa em 10/10/01]. Disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/estatisticas/estatistias\\_proaim.asp](http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/estatisticas/estatistias_proaim.asp)
34. QUEIROZ MIP. **Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”**. In: Simson OM. organizador. Experimentos com histórias de vida. São Paulo: Vértice e Ed. Revista dos Tribunais; 1988.
35. ROSSI LA, BRAGA ECF, BARRUFFINI RCP, CARVALHO EC. Childhood burn injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil. **Burns**. 1998; 24 (5): 416-9.
36. ROUDINESCO, E.; PLON, M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar: 5-6, 1998.
37. RUSSO, A. C. Atividades do Serviço de Queimados nos seus 10 primeiros anos de funcionamento oficial (1948–1957). **Revista do Hospital das Clínicas**. 1958; 13 (6): 476-80.
38. RUSSO, A. C. Considerações gerais sobre queimaduras. In: Zerbini, E. J. e colaboradores. **Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto**. 3ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Sarvier, 1974. v.1. p. 161-6.
39. SISSA G, DETIENNE M. **Os deuses gregos**. trad. Rosa Maria Boaventura. São Paulo : Companhia das Letras; 1990.

40. VANA LPM, CUNHA M, MILCHESKI D, FONTANA C, FERREIRA MC. Estudo epidemiológico do Serviço de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP [Apresentado ao **III Congresso Brasileiro de Queimaduras**; 2001, maio 28 – junho 01; Porto Alegre, Brasil].
41. VIDAL MOSB. Assistência de enfermagem no paciente com queimaduras. In: Fontana C. organizador. **Queimaduras: abordagem multiprofissional**. São Paulo: Frôntis Editorial; 1998.
42. WARDEN GD. Functional sequelae and disability assessment. In: Herndon DN. editor. **Total burn care**. 3ª ed. London: W. B. Saunders Company Ltd; 1997. p. 523-8.
43. WERNECK GL. REÍCHENHEIM, M. E. Paediatric burns and associated risk factors in Rio de Janeiro, Brazil. **Burns**. 1997; 23 (6): 478-83.
44. WINOGRAD M. Natureza e expressão: o problema do corpo em Freud. **Cadernos de Subjetividade**. 1997; 5 (2): 423-432.
45. WHITAKER C. Pânico e psicanálise: angústia em Freud e Lacan. Taubaté: Cabral Ed. E Livraria Universitária; 2002.

**ANEXOS**

**A1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: .M [ ] F [ ]
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2. RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M [ ] F [ ]
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: UM ESTUDO SOBRE OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE PESSOAS ACOMETIDAS POR QUEIMADURAS EXTENSAS.

.....
.....

PESQUISADOR: ANA LÚCIA NANO BARBIERI

CARGO/FUNÇÃO: PSICÓLOGA

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/32209-0

UNIIDADE DO HCFMUSP: DIVISÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADURAS

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO [ ] RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO [ ]
RISCO BAIXO [ ] RISCO MAIOR [ ]

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : TRÊS MESES.

### III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Quando uma pessoa se queima ela passa por muitos sofrimentos, não só do tratamento, como em relação a mudanças na vida depois da queimadura e também em relação a outros sofrimentos anteriores.

Você está sendo convidado para fazer parte de uma pesquisa que estuda os aspectos psicológicos e sociais relacionados às queimaduras; com o objetivo de compreender como elas acontecem. Será pedido que você fale da história de sua vida em 2 ou 3 encontros.

### IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

Você terá acesso a qualquer informação sobre a pesquisa quando quiser, podendo solicitar esclarecimento de qualquer dúvida que você venha a ter.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade de qualquer tratamento que esteja fazendo ou necessitar fazer aqui no hospital.

Tudo o que for dito aqui terá a garantia de ser confidencial e sigiloso, sendo preservada sua identidade e privacidade na divulgação dos dados.

Caso você necessite de acompanhamento psicológico isso será possível ser feito aqui mesmo no hospital.

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

ANA LÚCIA NANO BARBIERI – Ambulatório de Cirurgia Plástica e Queimaduras.

R. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - 6º andar- sala 1 – CEP: 05403-000 - TELEFONE: 3069-6481

### VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

### VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo,                      de                      de 2002.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador  
(carimbo ou nome Legível)

**A2 – Folha de Observação Clínica**



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## Serviço de Queimaduras Observação Clínica

Nome: \_\_\_\_\_ Nº do Reg.: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ E.Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Nacion.: \_\_\_\_\_ Proced.: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

ANAMNESE Acidente  Suicídio  Crime  Ocorrido no dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ hs Atendido no dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ hs

DOENÇAS PRE-EXISTENTES \_\_\_\_\_

COMO OCORREU A QUEIMADURA \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO JÁ RECEBIDA \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1- Fogo por combustão de                          | <input type="radio"/> 5- Reação Química              |
| <input type="radio"/> 2- Escaldado com                                  | <input type="radio"/> 6- Trauma Elétrico _____ Volts |
| <input type="radio"/> 3- Sólido Aquecido                                | <input type="radio"/> 7- Radiação Ionizante          |
| <input type="radio"/> 4- Gás Aquecido <input type="checkbox"/> Explosão | <input type="radio"/> 8- OUTROS                      |

EXAME FÍSICO \_\_\_\_\_

OUTRAS LESÕES \_\_\_\_\_

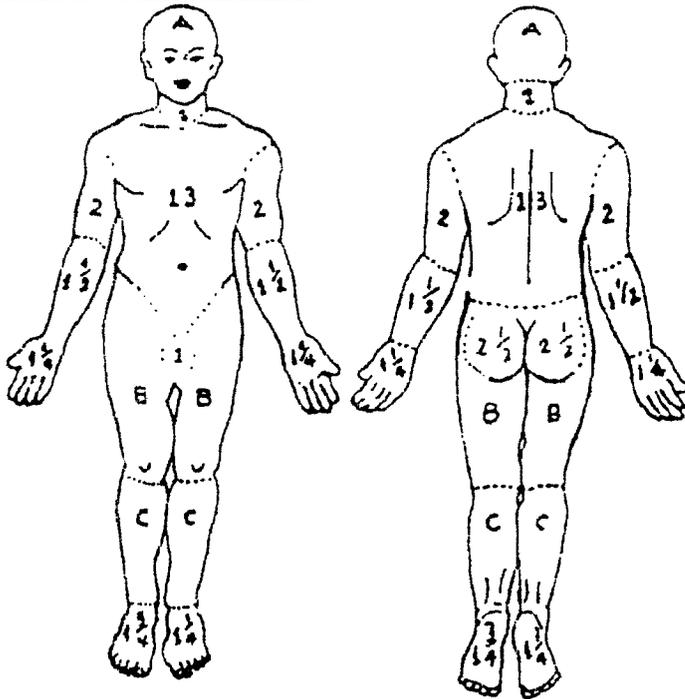
OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO		EXTENSÕES VARIÁVEIS			EXTENSÃO QUEIMADA	
	Idade	A	B	C	Cabeça	
	0	9,5	2,75	2,5	Pescoço	
	1	8,5	3,25	2,5	Tronco	
	5	6,5	4,0	2,75	Braço	
	10	5,5	4,5	3,0	Antebraço	
	15	4,5	4,5	3,25	Mão	
Adulto	3,5	4,75	3,5	Nádega		
OUTRAS LESÕES:					Genitais	
					Coxa	
					Perna	
					Pé	
					Total	
					Peso Corpóreo	
DIAGNÓSTICO INICIAL					Queimadura em ____ % da SC.	
Conforme topografia causada por _____						
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S) _____						

TRATAMENTO DA DOR \_\_\_\_\_

Local: Oclusão      Exposição:      Cateterismo Venoso: \_\_\_\_\_  
Sondagem Vesical:      Escarotomia Descompressiva:      Intubação Traqueal: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO



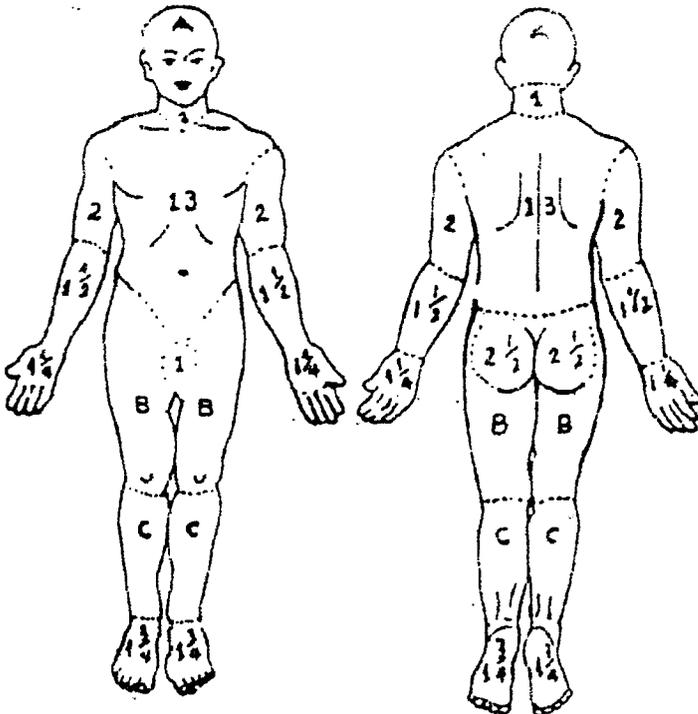
1º Grau	2º Grau	3º Grau	TOTAL
---------	---------	---------	-------

	1º Grau	2º Grau	3º Grau	TOTAL
Cabeça				
Pescoço				
Tronco				
Braço				
Antebraço				
Mão				
Nádega				
Genitais				
Coxa				
Perna				
Pé				
Total				

### LEGENDA

	Queimadura de 1º Grau
	Queimadura de 2º Grau
	Queimadura de 3º Grau

## CONDIÇÕES DE ALTA



### EXTENSÃO EM % DA SC

	I	II	III	IV	V
Cabeça					
Pescoço					
Tronco					
Braço					
Antebraço					
Mão					
Nádega					
Genitais					
Coxa					
Perna					
Pé					
Total					

### LEGENDA

SC	Superfície Corpórea
I	Q. 2º Grau Restaurada
II	A. Doadora Restaurada
III	Enxerto, su malhas em vermelho
IV	Úlcera
V	EM VERMELHO - Cicatriz

**A3 – Folha de Resumo Clínico de Alta**





**A4 – Ficha de Pronto Socorro**



**A5 – Folha de Evolução Clínica**





**A6 – Ficha de Avaliação e Conduta Inicial**



**DIVISÃO DE PSICOLOGIA – ICHC**  
**FICHA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA INICIAL**

**AVALIAÇÃO PRELIMINAR**

Data de início: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ RGHC: \_\_\_\_\_  SUS  Conv.  Part.

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Fem.  Masc. Clínica: \_\_\_\_\_  Amb.  Enf.

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Encaminhamento:  Rotina  Por solicitação Área solicitante: \_\_\_\_\_

Motivo da solicitação: \_\_\_\_\_

Queixa do paciente: \_\_\_\_\_

Anamnese (dados relevantes): \_\_\_\_\_

Hipóteses Psicodiagnósticas: \_\_\_\_\_

PRONTO ATENDIMENTO  Individual  Familiar Nº de sessões: \_\_\_\_\_

Síntese: \_\_\_\_\_

INTERCONSULTA PSICOLÓGICA Área solicitante: \_\_\_\_\_

Nº de entrevistas com profissional: \_\_\_\_\_ Síntese: \_\_\_\_\_

PSICODIAGNÓSTICO Nº sessões: \_\_\_\_\_ NSE (ABIPEMI): \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Técnica(s) Utilizada(s): \_\_\_\_\_

Síntese: \_\_\_\_\_

CID10: \_\_\_\_\_

**Procedimentos / Encaminhamentos**

PSICOTERAPIA BREVE  PROGRAMA PSICOEDUCATIVO  OUTROS \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Psicólogo(a): \_\_\_\_\_ CRP: \_\_\_\_\_ Data de entrega: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**A7 – Folha de Pedido de Consulta**





**A8 – Ficha de Banco de Dados**

Código: NOME:

REG: SEXO: IDADE: ENDEREÇO: TELEFONE:

DATA QUEM: DATA HC: % (1): % (2): SCQ:

HISTÓRIA:

TIPO: AGENTE:

ATENDIMENTO(S) PSQUIÁTRICO(S):

ATENDIMENTO(S) PSICOLÓGICO(S):

OBS: