

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

Fabiane Mônica da Silva Gonçalves

A Construção Narrativa da Relação Eu-corpo em Pacientes Acometidos de
Queimaduras de 2º e 3º Graus.

Recife
2013

FABIANE MÔNICA DA SILVA GONÇALVES

A Construção Narrativa da Relação Eu-corpo em Pacientes Acometidos de
Queimaduras de 2º e 3º Gruas.

Dissertação apresentada à Pós-Graduação
em Psicologia Cognitiva da Universidade
Federal de Pernambuco, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de mestre
em Psicologia Cognitiva.

Área de concentração:

Narrativa, Cultura e Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane De Conti.

Recife
2013

Nome: Fabiane Mônica da Silva Gonçalves

Título: A Construção Narrativa da Relação Eu-corpo em Pacientes Acometidos por Queimaduras de 2º e 3º Graus.

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de mestre em Psicologia Cognitiva.

Aprovado em: 26/02/2013

Banca examinadora

Profa. Dra. Luciane De Conti.

Instituição: UFPE.

Assinatura: _____

Prof. Dr. Luis Felipe Rios Nascimento.

Instituição: UFPE.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira.

Instituição: UFPE.

Assinatura: _____

Dedico esta dissertação com amor e gratidão a meu filho André Gonçalves e à minha mãe Rosilda Silva por terem sido grandes incentivadores desde o início desta caminhada. Amo vocês!

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por me proporcionar saúde, força e sabedoria para concluir este trabalho. Sem a força divina, não teria alcançado as metas na longa jornada do meu viver.

Ao meu filho, André Gonçalves; à minha mãe, Rosilda Silva; à minha tia, Célia Spnelli; ao meu sobrinho, Heitor Gonçalves; à minha irmã, Fabíola Gonçalves; e ao meu irmão, Pedro Gonçalves, por me darem apoio nas minhas escolhas, estimulando-me a nunca desistir dos meus propósitos.

Especialmente, à minha orientadora, Luciane De Conti, por ter acreditado em mim e nas minhas ideias. Ela foi muito clara nas suas colocações, direta e, acima de tudo, respeitou os meus limites de compreensão. Além disso, teve uma ENORME paciência comigo!

Ao Dr. Marcos Barretto, por ter consentido a realização desta pesquisa no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração e por sua disponibilidade de me atender sempre que precisava de esclarecimento.

Às enfermeiras chefes do CTQ, Erica Pimentel e Elizabete Macedo, bem como à fisioterapeuta Ana Karlla Alves, por terem disponibilizado uma parte do seu tempo para mostrar-me o funcionamento do CTQ, além de apresentarem-me a todos os pacientes internados no momento em que a pesquisa estava sendo realizada na instituição. Esses momentos foram fundamentais na escolha e na seleção dos participantes da pesquisa. MUITO OBRIGADA!

Aos funcionários dos setores Comissão de Controle Infecção Hospitalar e Acadêmico do HR, por terem me apoiado nos recursos a materiais e a ofícios necessários para a viabilização da realização do meu estudo.

À minha amiga, Julia Gadelha, por ter facilitado o meu livre acesso ao hospital e por sua presença de extrema importância para esta pesquisa ser efetivamente realizada. Foi ela quem me apresentou ao Dr. Marcos Barretto assim como ao diretor geral da instituição. Desse modo, deu-me todo o apoio necessário para que meu projeto fosse realizado da melhor maneira possível.

A todos os professores da pós-graduação em Psicologia Cognitiva, por terem me proporcionado momentos de reflexão que culminaram na minha qualificação enquanto uma profissional em formação. Agradeço em especial à professora Dra. Sandra Ataíde por ter-me ajudado de forma direta na minha formação acadêmica e pelo fundamental apoio.

Às minhas amigas, Flávia Autran e Maria Natália Santos, por fazerem parte tanto da minha construção profissional quando da pessoal.

A todas as minhas companheiras do Grupo de Pesquisa Cultura, Narrativa e Desenvolvimento, pois muitas vozes que habitam em mim advêm de todas as pessoas que conheci neste grupo. Aprendi muito com todos os debates e discussões!

Por fim, ao CNPq e ao REUNI, por terem disponibilizado uma bolsa de auxílio financeiro durante todo o mestrado.

A todos MUITO OBRIGADA!

Resumo

Gonçalves, F. M. da S. (2013). *A construção narrativa da relação eu-corpo em pacientes acometidos de queimaduras de 2º e 3º graus*. 126p. Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Vários estudos apontam que vítimas de situações traumáticas são propensas a narrar a sua história na tentativa de dar sentido a essas experiências. A pesquisa em questão ressalta a construção dos sentidos configurados narrativamente pelo sujeito vítima de queimadura, pois entendemos que as marcas, sequelas e cicatrizes produzidas pelo incidente convocam o sujeito a se reposicionar subjetivamente frente a sua nova condição. Assim, o objetivo principal deste estudo foi investigar como o paciente organiza narrativamente a sua relação eu-corpo, tendo como referência o incidente da queimadura. Os objetivos específicos consistiram em: (i) analisar se o evento da queimadura conduz o paciente à re-historiação; (ii) circunscrever os sentidos configurados narrativamente pelo sujeito acerca do incidente da queimadura; e (iii) identificar se há mudança no posicionamento do paciente no que se refere à relação eu-corpo. O delineamento da pesquisa se constituiu em três estudos de casos. Desse modo, participaram da pesquisa três mulheres adultas, vítimas de queimadura, que estavam em atendimento no Hospital da Restauração, em fase de reabilitação de longa duração. Foram utilizadas três estratégias para a construção dos dados: a técnica da observação espontânea, o questionário misto e uma entrevista com depoimento pessoal. O procedimento de produção dos dados aconteceu em dois momentos: (i) observação do funcionamento do Centro de Tratamento de Queimados e, ao mesmo tempo, a escolha dos possíveis participantes; (ii) aplicação do questionário e, por conseguinte, a entrevista com o paciente. Para analisar os dados, utilizamos a análise do discurso de Orlandi. Essa análise nos possibilitou constatar que o sujeito, ao sofrer um acidente traumático proveniente de queimaduras, é propenso a revisitar a sua história de vida, enfatizando o antes e o depois do incidente. Também visualizamos que os sentidos produzidos por eles são configurados em tramas discursivas carregadas de muita dor e sofrimento, marcadas pelo real do seu corpo. Em síntese, compreendemos que a representação da relação eu-corpo é construída narrativamente a partir da interface que o sujeito estabelece com o seu corpo e com a cultura, pois as experiências sentidas e vividas nessas relações, sejam elas conscientes e/ou inconscientes, possibilitam ao sujeito narrar essas experiências como histórias. Portanto, o eu e o corpo formam uma relação íntima na qual o sujeito constrói a representação de si através do discurso narrativo.

Palavras-chaves: Eu-corpo; narrativa; pontos de virada.

Abstract

Gonçalves, F. M. da S. (2013). *The narrative construction of the relationship self-body in patients suffering from burns of 2nd and 3rd degrees*. 126p. Master's Degree's thesis, Postgraduate Program in Cognitive Psychology, Federal University of Pernambuco ("Universidade Federal de Pernambuco", in Portuguese), Recife.

Several studies point out that victims of traumatic situations are prone to narrate their stories in an attempt to make sense of these experiences. This paper points out the construction of the senses that are configured by the narrative of subjects victim of burn, because it is understood that the marks, sequels and scars produced by the incident summon the subjects to reposition themselves subjectively forward to their new condition. Thus, the main objective of this study was to investigate how the patients organize, through their narratives, their relationships between self and body, having, as a reference, the incident of burning. The specific objectives were: (i) to examine whether the event of being burned leads the patient to a new interpretation of his/her history; (ii) to limit the directions set by the subject narrative about the incident of burning and; (iii) to on identify if are there any changes relating to the position the patient assumes when referring to the relation self-body. The research design is formed in three case studies. Thereby, three adult women participated in the research of burn victims, who were in attendance at the Hospital da Restauração, in long-term rehabilitation phase. There were used three strategies for building of the data: the technique of spontaneous observation, the joint questionnaire and an interview personal testimony. The data production procedure occurred in two moments, which were composed of: (i) the observation of the operation of the Burn Treatment Centre and, at the same time, the choice of possible participants; (ii) the application of the questionnaire, therefore, the interview with the patient. To analyze the data it was used the Orlandi's discourse analysis. This analysis has enabled us to see that the subjects, when suffer a traumatic injury from burns, are prone to revisit their life story, emphasizing the moments in "before" and the "after" the incident. It was also visualized that the meanings produced by them are configured in discursive plots loaded with a lot of pain and suffering, marked in the reality of their bodies. In summary, it is understood that the representation of the relationship self-body is constructed by narrative from the interface that the subjects establish with their bodies and with their culture, because the experience felt and lived in these relationships, whether they are aware or unaware, will make it possible to the subject to narrate these experiences as stories. Therefore, the self and the body form a close relationship in which the subjects construct the representation of themselves through a narrative-speech.

Keywords: self-body; narrative; turning points.

Sumário

APRESENTAÇÃO	9
Capítulo I: Considerações Teóricas	11
1 - Escolha do tema	11
2 - As queimaduras na clínica médica: o paciente e seu corpo queimado	17
3 – A relação eu-corpo	23
4 – A organização narrativa da experiência	30
5 – Os pontos de virada	37
Capítulo II: Método	44
1 – Participantes e contexto da pesquisa	44
2- Material e instrumentos	53
3 – Delineamento e procedimentos de produção dos dados	54
4 – Procedimentos de análise dos dados	57
Capítulo III: Resultados e Discussão	65
1- Caso Ida	68
2- Caso Augusta	78
3 – Caso Sancha	90
Capítulo IV: Conclusões e Considerações Finais	103
Referências Bibliográficas	111
Apêndices	
<i>Apêndice I: Questionário</i>	
<i>Apêndice II:Entrevista</i>	
<i>Apêndice III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE</i>	

Apresentação

Percebemos que existem muitas investigações realizadas sobre a constituição das queimaduras bem como as sequelas que esse tipo de incidente provoca no sujeito. Entretanto, no levantamento bibliográfico realizado para a presente pesquisa, não encontramos estudos brasileiros que abordassem a construção narrativa da relação eu-corpo da vítima de queimaduras graves. Há estudos que apontam a importância do primeiro atendimento em queimaduras do ponto de vista dermatológico, o cuidado que a equipe hospitalar necessita ter com o paciente grande-queimado que está entre o limite do viver e o morrer, assim como os aspectos psicológicos que o paciente apresenta após o incidente.

De modo geral, a literatura destaca a importância de narrar os eventos traumáticos, porque a narração permite ao sujeito reorganizar a sua experiência dolorosa em um tempo histórico singular (De Conti & Sperb, 2009). Assim, as narrativas auxiliam na elaboração do trauma, ao mesmo tempo em que favorecem ao sujeito a possibilidade de se distanciar dessa situação e, assim, poder ressignificá-la, construindo uma nova versão para os eventos marcantes (Sperb, 2010). Dessa forma, emergiu o interesse em estudar como o paciente organiza narrativamente essa experiência e a sua relação eu-corpo após o evento da queimadura, pois partimos da ideia de que essa experiência é sentida e vivida no corpo.

Para tanto, assumimos a narrativa como um modo discursivo que o paciente utiliza para produzir sentidos sobre o evento traumático e ao mesmo tempo se posicionar diante desse corpo transformado pelas queimaduras. Entendemos que há uma relação dialética que se estabelece entre o discurso-narrativo e a experiência, pois, assim como a experiência produz o discurso, este também produz a experiência. Esse processo

dialético provoca influências mútuas, pois o narrador é um ser da linguagem e esta não é adquirida no seu papel de espectador, mas através de seu uso (Bruner, 1997).

Dessa maneira, é graças ao poder criativo e múltiplo da linguagem, e, por conseguinte, do discurso-narrativo que construímos significado sobre a experiência (Gonçalves, 1998). Assim, compreendemos que a linguagem é aberta e está, todo momento, sendo criada e construída, pois ela comporta falhas que provocam flutuações contínuas dos sentidos os quais fazem as palavras deslizarem nos equívocos, lapsos, chistes, atos falhos, repetições, esquecimentos, lacunas, tropeços e silêncios (Mello, 2010).

Nessa direção, a presente pesquisa se propôs a realizar três estudos de caso com adultos que foram vítimas de queimaduras severas, tendo como finalidade investigar a construção narrativa da relação eu-corpo pelo paciente. Esta dissertação está, pois, constituída por quatro capítulos.

O capítulo I expõe o referencial teórico, ressaltando a escolha do tema, as queimaduras na clínica médica, o paciente e seu corpo queimado, a relação eu-corpo, bem como a organização narrativa da experiência e, por conseguinte, os pontos de virada.

No capítulo II, apresentamos os participantes e contexto da pesquisa, material e instrumentos, o delineamento e os procedimentos de produção dos dados e de análise dos dados.

No capítulo III, registramos os resultados e discussão. Por fim, o capítulo IV apresenta as principais conclusões derivadas dos resultados obtidos, além das contribuições da pesquisa assim como suas limitações.

Capítulo I

Considerações teóricas

1 - Escolha do tema

O Estado de Pernambuco¹ apresenta número elevado de pessoas que sofrem algum tipo de queimadura. A maior parte das vítimas que ocupam leitos da clínica de queimados do Hospital da Restauração – HR, localizado na Região Metropolitana do Recife, é proveniente de classes sociais menos favorecidas, como domésticas, eletricitas, caldeireiros. Esta instituição é considerada de referência, pois disponibiliza não apenas o processo de reabilitação para o paciente, como também oferece emergência de pronto-atendimento, ambulatório, Unidade de Terapia Intensiva – UTI (para qualquer faixa etária) e cirurgias reparadoras, sendo o único centro que atende pessoas vítimas de queimaduras em todo o Estado de Pernambuco.

As ocorrências mais frequentes que chegam ao hospital são categorizadas em três grupos: o primeiro é do gênero feminino-adulto, em que as queimaduras provêm de álcool ou de tentativa de suicídio; o outro é do masculino-adulto, cujos acidentes são decorrentes do trabalho que realizam; e o terceiro se refere a crianças vítimas de escaldaduras (líquidos superaquecidos), um tipo de acidente que ocorre mais no ambiente domiciliar.

O paciente queimado é politraumatizado e, assim, necessita de atendimento global, pois pode apresentar parada cardíaca, infarto ou edema pulmonar. Desse modo, podemos considerar que o paciente queimado fica no limiar entre o viver e o morrer,

¹ Informações extraídas da entrevista com o chefe do setor de queimados, Dr. Marcos Barretto, no dia 22 de setembro de 2011.

pois sua recuperação depende não apenas do tipo de queimadura sofrida, mas da evolução do seu quadro clínico como um todo.

O Ministério da Saúde, na portaria GM/MS N° 1.273, de 21 de novembro de 2000, regulamenta a sistematização do atendimento médico a queimados em todo o País, considerando a importância do adequado tratamento de queimaduras profundas, tanto do ponto de vista médico, quanto daqueles relativos à reabilitação do paciente, bem como o avanço tecnológico, pois esses fatores têm aumentado a expectativa de vidas dos pacientes com este tipo de trauma. Nessa portaria é ressaltado também que será igualmente considerado grande-queimado o paciente que tenha sido vítima de queimadura de qualquer extensão associada a uma ou a mais de uma das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios de hemostasia², embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes, ou não, da queimadura, síndrome compartimental³ e doenças consumptivas⁴.

A revisão da literatura aponta que esse tipo de trauma é considerado um sério problema de saúde pública, uma vez que representa a terceira causa de morte acidental em todas as faixas etárias no Brasil. Também podemos observar que, devido a sua magnitude, as queimaduras acarretam outras morbidades ao paciente, sendo este uma vítima politraumatizada. Desse modo, os problemas decorrentes do incidente da queimadura se tornam um grave problema clínico, econômico, psicológico e social em

² Distúrbios de hemostasia são alterações adquiridas ou hereditárias que podem se manifestar através de quadros hemorrágicos ou trombóticos (Pintão e Garcia, 2003).

³ Síndrome compartimental é o resultado da elevação da pressão intracompartimental que compromete a irrigação das diferentes estruturas nervosas e musculares do corpo humano, o qual pode levar à necrose de tecidos, lesão funcional permanente e inclusivamente, em casos mais graves, alterações do ponto de vista sistêmico, como insuficiência renal, insuficiência respiratória, falência multiorgânica e morte (Rodriguez, 2004).

⁴ Doenças consumptivas são caracterizadas pela perda de peso involuntária (CID-10, 2008).

todo o mundo (Rempel, Tizzot & Vasco, 2011; Medeiro, Kristensen & Almeida, 2010; Ferreira, 2006; Vale, 2005; Black & Matassarini-Jacobs, 1996). Por conta disso, há o afastamento repentino das suas atividades profissional e social. Assim, na maioria das vezes, o sujeito vítima de queimaduras severas, após a jornada da reabilitação, não consegue se inserir na sua rotina anterior, ocorrendo uma mudança visivelmente significativa no seu comportamento, como apontam vários autores (Rossi, Menezes, Gonçalves, Ciofi-Silva, Farina-Junior & Stuchi, 2010; Costa & Rossi, 2010; Silva & Silva, 2004; Adcock, Boeve & Patterson 1998).

Dentro do contexto hospitalar, os pacientes relatam que a dor de ser queimado é intensa; além disso, o tratamento é doloroso e de longo prazo (Costa et al., 2010). Inicialmente, recomenda-se às vítimas que se movimentem para evitarem complicações na recuperação. Tudo isso gera certo desconforto emocional e, consequentemente, podem-se perceber modificações no comportamento do paciente, pois ele começa a ficar mais dependente, a temperatura do ambiente passa a incomodá-lo e, quando recebe alta do hospital, não consegue voltar para suas atividades cotidianas. Dessa forma, entendemos que as vítimas precisam de alguém para escutá-las, porque o incidente da queimadura rompe de forma brusca o cotidiano do sujeito, fazendo-o ficar exposto às práticas hospitalares e a um tratamento doloroso.

O incidente da queimadura, principalmente, nos acidentes que decorrem de queimaduras severas, leva também a mudanças corporais, pois os incidentes do cotidiano podem mudar bruscamente o corpo de uma pessoa. Nesse instante, o sujeito pode se deparar com as cicatrizes e as sequelas que o evento da queimadura deixa no corpo. Então, de uma hora para outra, o sujeito percebe que algo mudou na sua vida, o corpo já não é o mesmo de antes.

A sociedade contemporânea alimenta a cultura do corpo *perfeito*, sem máculas e portador de uma *performance* satisfatória na execução das atividades cotidianas, principalmente, no trabalho. O corpo modificado pelas queimaduras passa a ser avaliado de maneira negativa, tornando-se um obstáculo à reabilitação social e sendo fonte de sofrimento psíquico. Então, a vítima de queimaduras graves se torna um sujeito *impróprio* para esta cultura, já que o corpo atual não responde mais de forma plena e vigorosa como respondia antes. Assim, torna-se uma pessoa com baixa autoestima, depressiva, ansiosa e, em alguns casos, dependente de substâncias químicas.

Paralelamente a isso, Garcia, Pollo, Souza, Araújo, Feijó & Pereima. (2011), Arruda (2009), Araujo (2008) e Anzieu (1989) ressaltam a importância da pele, uma vez que é considerada o lugar em que se tecem as experiências. Do mesmo modo, a pele é o lugar que é constituído de impressões e registros das histórias que o sujeito carrega em si, e nela pode se perceber o fluxo do desenvolvimento humano. Dessa maneira, a pele queimada e marcada viola a noção anterior que o sujeito tinha do seu eu corporal, fazendo-o “experenciar” de outra forma o ambiente.

Essa mudança ocorre numa ordem não natural do desenvolvimento, levando o sujeito a perceber modificações muito rápidas no seu corpo. Nesse sentido, a pele destruída pela queimadura se torna a principal protagonista do trauma e poderá gerar no sujeito um reposicionamento diante do seu eu corporal, pois a ela possui um estatuto primordial nas funções fisiológica, psicológica e social, uma vez que dá suporte aos principais órgãos do corpo humano. Concomitantemente, ela faz parte do campo experiencial do sujeito com o mundo e com os outros.

Diante disso, é possível pensar que esse tipo de acidente pode gerar sequelas tão profundas no sujeito, que pode levá-lo a ressignificar a sua existência e, por conseguinte, a sua história de vida. Isso porque o evento do acidente da queimadura é

um momento delicado, o cotidiano é modificado, o que pode conduzir a vítima ao processo de narrativização. Assim, podemos nos questionar: tendo-se como referência o incidente da queimadura, como o sujeito organiza narrativamente essa experiência e a relação eu-corpo? Nessa mesma direção, podemos interrogar se, nessas narrativas pautadas na experiência do corpo queimado, é possível encontrar pontos de virada. Os pontos de virada, segundo Mishler (2002), implicam uma mudança na compreensão do significado acerca das experiências passadas, em que o sujeito pode ser convocado a realizar um retorno ao passado, às histórias vividas. Nosso foco aqui serão essas possíveis mudanças narrativas acerca do eu-corpo.

Essa pesquisa partiu, pois, do interesse de **investigar a construção narrativa da relação eu-corpo pelo paciente vítima de queimadura**. Tendo isso em vista, traçamos os seguintes objetivos específicos:

1. analisar se o evento da queimadura conduz o paciente a re-historiação;
2. circunscrever os sentidos configurados narrativamente pelo sujeito acerca do incidente da queimadura;
3. identificar se há mudança no posicionamento do paciente no que se refere à relação eu-corpo.

O evento da queimadura constitui-se, conforme vimos acima, em uma experiência traumática a partir da qual o paciente vai poder narrar esse episódio da sua vida a fim de organizar essa experiência dolorosa. Ao mesmo tempo, ele vai construindo significados não apenas sobre o trauma, mas sobre a sua história de vida como um todo, principalmente marcada por este incidente (Sperb, 2010; Machado & Matos, 2007; Mishler, 2002; Gonçalves, 1998; Bruner, 1997).

Ou seja, é essa ruptura que pode viabilizar o processo de narrativização, fazendo a vítima de queimadura construir histórias críveis sobre o evento do trauma. No mesmo

instante, o ato de narrar a experiência traumática abre espaço para um campo de significações diante de um corpo que sofreu mudanças devido às queimaduras, o que pode levar a vítima a uma reflexão sobre si e a uma reconstrução da relação eu-corpo.

Esta pesquisa se tornou relevante, então, à medida que nos permitiu compreender a construção da relação eu-corpo pelo paciente que sofreu queimaduras severas, pois as sequelas e cicatrizes deixadas no corpo da vítima denunciam uma mudança na sua aparência física, psíquica e social. Como o fato traumático de ser queimado não pode ser antecipado pelo sujeito, já que este ocorre geralmente de forma repentina e inesperada, resulta em uma mudança corporal brusca, modificando a sua noção eu-corpo, pois, após o incidente, a vítima passa a “experienciar” o ambiente de outro modo, diferentemente do passado.

Como já dissemos acima, essas modificações podem levar o paciente a narrar o evento do trauma e, ao fazê-lo, o sujeito organiza a sua experiência através de histórias, as quais compõem um episódio da vida em curso, tornando, assim, a experiência do trauma mais atenuada. Por conta disso, conforme visto acima, este estudo se propôs a entender como o paciente acometido por queimaduras severas constrói narrativamente a sua noção do eu corporal, se as rupturas decorrentes das sequelas das queimaduras podem conduzir o sujeito a se reposicionar perante a experiência traumática do incidente e, por conseguinte, a uma reorganização experiencial da relação eu-corpo.

Na revisão de literatura realizada até o momento, constatou-se uma escassez de trabalhos científicos no âmbito da Psicologia que abordassem conteúdos referentes à relação eu-corpo de pacientes acometidos por queimaduras severas, bem como trabalhos relativos às narrativas produzidas por eles diante não só do evento traumático como da sua noção eu-corpo, ou seja, pesquisas que investiguem a ressignificação da história de vida marcada pelo incidente. Desse modo, evidenciamos as contribuições desta

pesquisa, uma vez que ressaltamos a importância de estudos dessa ordem para contribuir com a produção científica na área e, assim, colaborar com a ampliação da compreensão desse campo e, portanto, com o aprimoramento das práticas interventivas existentes. Com esse intuito, a pesquisa em questão pode evidenciar um entendimento sobre a experiência corporal das vítimas de queimaduras bem como a relação experiencial do sujeito com seu corpo queimado.

Para atingir nosso objetivo, esta pesquisa se propôs a considerar as queimaduras de segundo e terceiro grau, dado que estas são as mais severas e deixam marcas profundas. Primeiramente, contudo, precisamos compreender a etiologia das queimaduras do ponto de vista da clínica médica, para evidenciar a complexidade das lesões e, posteriormente, entender a construção narrativa da relação eu-corpo.

2 - As queimaduras na clínica médica: o paciente e seu corpo queimado

Conforme a etiologia das queimaduras no entendimento da clínica médica, as lesões podem ser decorrentes não apenas de acidentes do cotidiano, mas também de um ato de violência intencional. De acordo com a definição de Dassie e Alves (2011), a queimadura é uma lesão, geralmente restrita à pele, decorrente da aplicação de calor ao corpo, variando de importância e gravidade, dependendo do agente causador. Pode ser classificada a partir do tipo de agente causador (térmico, químico, elétrico e radioativo, por exemplo), ou quanto à profundidade desta lesão (primeiro, segundo ou terceiro grau). Portanto, existem duas maneiras de compreender a gravidade e intensidade das lesões: as de pequena extensão, que são autotratáveis; e as de maior extensão, que exigem tratamentos intensivos e reabilitação. A profundidade da lesão é determinada segundo a extensão da área de superfície corporal total lesionada – ASCT.

Inferimos, então, que a queimadura de primeiro grau se refere ao comprometimento apenas da epiderme e, por isso, não deixa sequelas nem cicatrizes, sendo considerada a mais leve. Já a queimadura de segundo grau compromete totalmente a epiderme e parcialmente a derme, deixando, pois, sequelas e cicatrizes profundas. Por fim, a queimadura de terceiro grau destrói completamente as camadas da pele, pode atingir tendões, ligamentos, músculos e ossos; deixa marcas profundas e eventualmente pode ser cicatrizada; é, portanto, a mais severa de todas (Staley & Richard, 2004). Ressaltamos, contudo, que há casos em que um único paciente pode ter mais de um tipo de queimadura, como as de segundo e terceiro graus simultaneamente.

De acordo com Medeiro et al. (2010, p. 149), nos Estados Unidos as queimaduras são as principais causas de “morte acidental, e o número de anos produtivos perdidos em decorrência desse problema é maior que o perdido em decorrência das sequelas de câncer, de doença cardíaca e de acidentes vasculares cerebrais”. Conforme Rempel et al. (2011, p. 4), as queimaduras representam um grave problema médico-social no Brasil e no mundo, já que, de um milhão de acidentes que ocorrem por ano, “apenas 10% dos pacientes procuram atendimento médico-hospitalar e 2,5% vão a óbito”. Ainda segundo esses autores, “as infecções são responsáveis por 75% dos óbitos em pacientes queimados, devido às alterações em todo o seu sistema imune”.

Os dados internacionais apontam que a terceira causa mundial de morte acidental é proveniente de lesões por queimaduras, em todas as faixas etárias, considerando-se que o local de maior ocorrência para o incidente é o ambiente domiciliar (Rempel et al., 2011; Ferreira, 2006; Black & Matassarini-Jacobs, 1996). A realidade brasileira comprova que a alta complexidade “deste problema é percebido através do valor médico gasto pelo Ministério da Saúde com o tratamento de pacientes

que necessitam de internação hospitalar, que chega a um milhão de reais por mês” (Rempel et al., 2011, p. 4).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil, ocorrem um milhão de casos de queimaduras a cada ano, dentre os quais 200 mil são atendidos em serviço de emergência e 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registrada no Brasil, perdendo apenas para acidentes de trânsito e homicídios (Vale, 2005). Por conta disso, as queimaduras são consideradas um sério problema de saúde pública, pois, devido a sua magnitude, elas acarretam outras morbidades no paciente, como depressão e dependência química. Em outras palavras, as queimaduras provocam graves problemas clínicos, econômicos, psicológicos e sociais em todo o mundo.

Quanto à recuperação, verifica-se a existência de fatores que interferem no processo de cicatrização da queimadura: idade do paciente, “estado nutricional, presença de infecção, doenças tais como diabetes mellitus e insuficiência vascular, ou traumas associados e tratamentos citotóxicos” (Rossi et al., 2010). Ou seja, a cicatrização está associada ao tempo necessário a ser gasto na assistência ao paciente com complicações mínimas.

As queimaduras podem constituir-se em lesões complexas, pois, além dos danos aos tecidos, podem causar uma lesão que prejudica o equilíbrio corporal normal de fluidos e eletrólitos, a temperatura, o equilíbrio térmico, a função articular, a habilidade manual e a aparência física (Medeiros et al., 2010, p. 177).

Para Costa et al. (2010), há um desconforto presente no discurso dos pacientes vítimas de queimaduras, pois, nos seus relatos, eles revelam um desconforto com sua

aparência devido às cicatrizes, o que os leva a escondê-las. Isso porque, como “o indivíduo se apresenta a outros de determinado grupo e à sociedade como um todo, o corpo modificado pela queimadura passa a ser avaliado de maneira negativa, torna-se obstáculo à reabilitação social e fonte de sofrimento psíquico” (Costa et al., 2010, p. 215).

Devido a isso, segundo Medeiros et al. (2010), ocorre o estresse pós-traumático, a ansiedade e a depressão em vítimas de queimaduras. Conforme essas autoras, as queimaduras promovem uma série de alterações psicológicas, sendo as mais comuns a ansiedade e a depressão. Contudo, embora essas alterações psicológicas ocorram juntas, com o passar do tempo, observou-se clinicamente um aumento significativo da depressão. Para Dini, Quaresma e Ferreira (2004), um aspecto a ser considerado em relação a isso é a autoconsciência do paciente quanto à sua aparência, fato que pode afetar de forma significativa a autoconfiança.

Em síntese, os relatos dos pacientes “têm sido descritos com sentimentos associados ao trauma pela queimadura: angústia, estresse, medo, ansiedade que podem dificultar o enfrentamento da situação, ou seja, a reabilitação” (Gonçalves, Echevarría-Gualino, Carvalho, Miasso & Rossi, 2011, p. 3). Entretanto, Silva & Silva (2004) salientam que os pacientes que sofreram queimaduras na face não apresentam baixa autoestima. Essas autoras atribuem isso a alguns fatores, como o “tempo da queimadura, o tipo de acompanhamento feito após o incidente e o apoio familiar” (Silva & Silva, 2004, p. 215). Para elas, esses fatores podem minimizar o trauma, na medida em que levam o paciente a reaprender a gostar de si mesmo, mesmo tendo sofrido as alterações físicas.

O processo de cicatrização das queimaduras pode durar meses, dependendo da profundidade e de fatores inter-relacionados. De acordo com estudos de Ferreira (2006,

p. 3), “as sequelas das queimaduras constituem ainda um grande desafio, tanto no que se refere à prevenção quanto ao tratamento, incluindo os aspectos relacionados à fase de reabilitação”. A reabilitação envolve diferentes aspectos, como a mudança da imagem corporal, possíveis dificuldades na execução de algumas atividades físicas provenientes de retrações teciduais e musculares após as queimaduras, dores, dificuldades de cicatrização, além de interferir no processo de retorno ao trabalho, à escola e ao meio social.

Para Adcok, Boeve & Patterson (1998), a vítima de queimaduras passa por três fases que associam a recuperação física à psicológica. A primeira é a fase de ressuscitação ou de estabilização que se constitui no momento das queimaduras, perdurando por 72 horas após o incidente. Este estágio é considerado muito difícil para o paciente e para os familiares, pois há um afastamento brusco das atividades do cotidiano. A segunda fase refere-se ao procedimento doloroso da limpeza das áreas queimadas, quando o paciente procura se adaptar às rotinas hospitalares que implicam necessidades físicas como sono, alimentação, locomoção, alívio das dores nas áreas queimadas e psicossociais. A terceira e última fase, a de reabilitação de longa duração, corresponde ao momento em que o paciente deixa o hospital, ao momento de reajustar as rotinas diárias e dar continuidade à recuperação fora do ambiente hospitalar. É o tempo mais longo, devido ao processo de cicatrização, que pode durar anos. Em alguns casos de sobreviventes das queimaduras mais graves, após a alta hospitalar, eles passam a viver uma condição crônica, que necessita de cuidados contínuos, principalmente com a pele.

Para Garcia et al. (2011, p. 43), a pele é o órgão de revestimento que limita o meio interno, “e sua integridade é fundamental para manutenção da homeostase hidroeletrólítica, temperatura, flexibilidade, proteção e lubrificação da superfície, além

de participar do sistema sensorial e exercer função imunológica”. Ou seja, a pele possui uma função termorreguladora como também de proteção contra agentes microbianos. Dessa forma, a perda da pele implica também a perda da defesa externa.

Por outro lado, “a pessoa que sofre queimadura se sente exposta tanto pela lesão da pele, deformações, perda de líquidos e risco de morte, quanto pelo sentimento de impotência e culpa pelo acidente” (Gonçalves et al., 2011, pp. 2-3). Em outras palavras, o paciente rapidamente percebe as mudanças ocorridas na sua vida (Ferreira, 2006) e, desse modo, pode desenvolver um sentimento de devastação quanto à sua imagem corporal e à autoestima, o que pode provocar um quadro depressivo (Orr, Horowitz & Tundahi, 1987).

As pessoas que sofreram queimaduras, realmente, podem ter sua auto-estima abalada, principalmente quando as cicatrizes localizam-se em áreas mais visíveis do corpo, ou em partes culturalmente mais valorizadas tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Essa situação pode implicar no comprometimento na qualidade de vida destes indivíduos (Ferreira, 2006, p. 6).

Atualmente há um avanço no tratamento das queimaduras, pois os resultados no ambiente hospitalar têm mostrado maior índice de sobreviventes com queimaduras graves, devido à, entre outros procedimentos, limpeza e realização de curativos. Esse avanço é proveniente do acompanhamento de maior ocorrência de sequelas importantes que podem interferir na qualidade de vida desse paciente. A pessoa, muitas vezes, vivencia situações de desvantagem em uma sociedade que valoriza o bom desempenho nos aspectos físico, econômico e social. Dessa forma, o tratamento deve integrar não só

aspectos físicos de atenção ao paciente, mas também os emocionais e sociais, enfocando o indivíduo e a família (Rossi et al., 2010).

Enfim, de forma geral, os estudiosos desse assunto revelam que as sequelas decorrentes das queimaduras causam transtornos emocionais e sociais aos pacientes, fazendo-os apresentar sinais de diminuição da sua autoestima, tristeza e, muitas vezes, isolamento social. Desse modo, as marcas deixadas pelas queimaduras geram implicações tanto físicas como psíquicas e sociais, principalmente pela gravidade e intensidade de como elas acontecem na vida desse sujeito. Segundo Ferreira (2006, p. 6), “muitos pacientes, em atendimento ambulatorial, relatam terem sido vítimas de preconceito ao tentarem retomar ou iniciar novas atividades de trabalho”.

Nesse sentido, a queimadura compromete a qualidade de vida da pessoa. É importante, portanto, compreender a relação entre o paciente e seu corpo queimado, pois as marcas advindas dessa experiência podem conduzi-lo a um movimento de ressignificação de suas experiências de vida, principalmente, na relação dele com o seu “novo” corpo, tendo-se em vista que este não é mais o mesmo após as queimaduras. Essas transformações, contudo, não se restringem ao físico, mas se estendem ao psicológico e ao social, pois as queimaduras expõem o paciente às práticas hospitalares e a um nível maior de estresse, além de fazê-lo perder algumas funções.

Percebendo a complexidade desse tipo de acidente, buscamos compreender o processo de transformação da relação da vítima de queimaduras graves com o seu corpo. A relação eu-corpo, por sua vez, não está circunscrita somente no nível da memória, percepção e sensação, mas envolve também o inconsciente, a fantasia, o desejo e o imaginário. A partir desse entendimento global de sujeito, escolhemos a teoria psicanalítica para elucidar as particularidades dessa relação eu-corpo, pois ela possibilita uma interlocução teórica entre aspectos da consciência e aspectos do

inconsciente. Nesse sentido, iremos esboçar teorias referentes à relação eu-corpo com o intuito de elucidar o processo de construção dessa relação.

3 – A relação eu-corpo

A relação do paciente com seu corpo queimado nos remete à constituição da noção *eu-corpo*. Nesse sentido, entendemos que não há como ter um eu⁵ sem ter havido antes uma noção corporal, pois, no começo da constituição do eu, o corpo se apresenta primeiro. O eu-corpo desempenha seu papel relacional que pode ser percebido como uma relação entre o dentro e o fora. Dessa forma, opera-se uma autorrepresentação que, ao mesmo tempo, supõe a presença do exterior e a separação desse exterior pelo qual o eu se refere a si mesmo. Logo, o eu se define por um efeito projetivo que, segundo Freud (1914/2004), é corporal. Birman (1999) afirma que a construção da noção do eu e a noção do corpo unificado são duas faces da mesma realidade. Dessa forma, o eu implica habitar um corpo unificado, pois remete à noção de ser um, uno, eu, matéria, corpo que se escreve no espaço, no mundo e na história. Portanto, podemos inferir que o corpo é o próprio eu.

Freud (1914/2004), em sua teorização sobre o eu, afirma que o eu é antes de tudo um eu corporal⁶, pois o eu é compreendido como tal enquanto uma instância corporal de projeção da superfície. Ou seja, o eu corporal se refere à formação de um corpo integrado para o sujeito que, ao mesmo tempo, coincide com a formação do seu eu. De modo genérico, em uma perspectiva psicanalítica, o processo de formação do eu constitui-se por meio do outro e isso se realiza a partir do contato corpo a corpo, que é o

⁵ Freud (1914/2004) aprofundou o estatuto do eu no texto sobre o narcisismo, pois em dado momento da constituição do sujeito, o eu se torna seu próprio alvo de investimento.

⁶ A temática do eu corporal é introduzida por Freud (1923/2006) no texto do Ego e do Id, o qual se refere que o eu é, a princípio, um eu corporal. O corpo é como um lugar de constituição do eu. As marcas das primeiras vivências corporais do bebê já dão início a uma forma de ser, a um arcabouço do eu.

espaço psíquico originário. Na segunda tópica freudiana, o eu ganha um estatuto inconsciente, o qual mergulha no plano imaginário do ser humano. Então, conforme Nasio (2009, p. 56), “não existe eu puro; o eu resulta sempre da interpretação pessoal e afetiva do que sentimos e do que vemos de nosso corpo”. Ou seja, o eu é concebido como o resultado de um complexo sistema que envolve não apenas o inconsciente e o id⁷, mas também o espaço intersubjetivo (Moreira, 2009). Em suma, o eu é a sensação de ser bem como uma instância imaginária dependente do simbólico.

Em síntese, o eu corporal seria uma função do eu, pois, antes do eu se constituir como uma instância fundamental para a estruturação do psiquismo humano, ele precisa se diferenciar do id (do isso). O eu corporal é uma função primordial na construção e na formação das instâncias psíquicas descritas na segunda tópica freudiana, pois o eu corporal é a base mais elementar do eu, na medida em que ele capta as sensações advindas do meio externo (do mundo) bem como do meio interno (do corpo) e, em decorrência disso, regula e produz marcas na subjetividade humana. O eu é, antes de tudo, um eu corporal, pois ele cria o alicerce para a formação do eu e, com o passar do tempo, ele ainda continua a exercer a sua função na ligação entre a intersubjetividade, o biológico e o cultural. Em outras palavras, o eu corporal está na ordem das sensações provenientes do corpo e, quando essas sensações são nomeadas, representadas, estamos na ordem do eu.

Nasio (2009) destaca ainda que o eu possui três instâncias e funções: a identitária, a perceptiva e a imaginária. Na primeira, o eu possui a função de diferenciar e distinguir um sujeito do outro, ou seja, sentir, viver e ver o corpo em movimento proporciona ao sujeito a certeza imediata de ser ele mesmo. A segunda refere-se ao metapsicológico, no qual o eu é a superfície perceptiva do aparelho psíquico destinado a

⁷ O id para a teoria psicanalítica seria a fonte da energia psíquica, a libido (Freud, 1923/2006).

tratar das excitações provenientes do mundo exterior e aquelas, pulsionais, provenientes do isso (id). E finalmente a da imagem, o eu enquanto o duplo mental das sensações corporais vivas e aquelas que emanam da superfície do corpo: músculos, pele e mucosas porosas. Logo, o eu é o si-mesmo identitário, a fronteira filtrante do aparelho psíquico e, sobretudo, o corpo sentido.

O eu enquanto corpo sentido foi o eu que Freud nomeou de “eu corporal”; corporal não porque é feito de carne, mas porque é feito da representação da carne. Então, inferimos que o eu freudiano seria, antes de tudo, a imagem inconsciente ou consciente, em mosaico e esburacada pelas sensações corporais. Ou seja, o eu é a ideia do corpo. Assim, o eu na teoria de Freud pode ser compreendido como a representação mental de tudo o que o sujeito sente vindo do seu corpo, ou seja, a identidade seria a síntese que reúne todas as representações sensíveis, afetivas e simbólicas construídas ao longo do tempo e com o outro. Desse modo, o eu se inscreve na memória afetiva do sujeito, sendo modelado em diferentes momentos da sua história de vida (Nasio, 2009).

Portanto, o eu corporal é composto a partir de sensações, as quais constituem na sua origem a projeção mental da superfície corporal, que possui em sua base a dupla determinação: biológica e cultural. Então, o eu freudiano está enraizado no corpo, pois podemos perceber uma emersão gradativa de uma projeção mental em diversos níveis: 1) sensações provenientes do corpo, 2) organização dessas sensações como a imagem mental da superfície corporal e, por último, 3) conjunto de representações psíquicas mais ou menos estáveis, através das quais o sujeito regula sua relação consigo mesmo e com o mundo (Sollero-de-Campos & Winograd, 2010). Ou seja, o eu corporal não se restringe apenas aos órgãos e a suas atividades, mas se estende “à percepção do corpo, à pele e suas expressões, como unidade de símbolo e de base social” (Arruda, 2009, p. 19).

Assim, deduzimos que “os cinco sentidos participam na construção do eu corporal, uma vez que eles, situando-se no corpo e em constante relação com o mundo, auxiliam na percepção dos acontecimentos corporais e do ambiente” (Araujo, 2008, p.46). Devido a isso, a constituição do eu corporal vai sendo tecida através dos órgãos dos sentidos, de acordo com a especificidade de cada um. Concomitante e conjuntamente, eles vão contribuindo para a formação de uma unidade corporal, que permitirá ao sujeito “experienciar” o limite do corpo e, conseqüentemente, do eu.

Podemos, então, dizer que todos esses órgãos são estruturalmente “orifícios”. Em outras palavras, são cavidades que permitem a interação entre o externo e o interno: os olhos observam, recepcionam e captam imagens; o nariz inala o ar, o cheiro e o mal cheiro; a boca fala e ingere alimentos; os ouvidos identificam sons, tons; e a pele transpira, protege e contém (Araujo, 2008). Todas essas propriedades proporcionam a vivência experiencial do sujeito com o mundo. Assim como o corpo percebe o que está ao redor, ele também propicia a interação do sujeito com o ambiente e com as pessoas. Do mesmo modo, é através dos sentidos que nós integramos experiências e construímos uma memória pessoal em relação a tudo que vivemos. Ou seja, os cinco sentidos permitem ao homem viver enquanto ser social, bem como participam na construção dos significados culturais.

Nesse contexto, destaca-se a pele como o órgão protagonista e mediador da situação de contato experiencial entre corpos, pois ela se apresenta como palco e terreno dessa relação humana. Para Anzieu (1989), a pele é o primeiro lugar em que se tece a troca com o outro e, como tal, não se resume às propriedades orgânicas, mas participa também da dinâmica do inconsciente. Assim, segundo Araujo (2008), a pele comporta uma complexidade que a torna relevante dentro do sistema fisiológico, a qual é capaz de agregar várias funções orgânicas indispensáveis à vida como o calor, a dor e a pressão.

Além disso, estabelece estreita ligação com os outros órgãos dos sentidos como a visão, audição, olfato, paladar, fazendo uma conexão entre sensações espaciais e temporais.

Dessa forma, Anzieu (1989) faz a seguinte observação sobre a importância da pele: “De todos os órgãos dos sentidos, é o mais vital. Pode-se viver cego, surdo, privado de paladar e de olfato. Sem a integridade da maior parte da pele, não se sobrevive” (p. 15). Esse autor destaca, ainda, que a pele é responsável por introduzir o ser humano no complexo mundo das sensações e das percepções, estando, portanto, intimamente ligada à constituição do eu. Isso porque a simbologia da pele enquanto elemento de superfície corporal é, por excelência, superfície de contato do sujeito com o mundo, atribuindo um sentido de lugar, assim como de comunicação e de partilha entre sujeitos – sendo o limite que demarca a separação e a diferença.

Segundo Deleuze (2006), precisamos compreender que o que temos de mais profundo é a pele, pois “todo conteúdo do espaço interior está topologicamente em contato com o conteúdo do espaço exterior sobre os limites vivo (p. 106)”. Em outras palavras, a pele é a superfície limítrofe do dentro e do fora, a fronteira por onde se transferem afetos. Ou seja, a pele é considerada o “lugar” em que se tecem as experiências, o lugar constituído de impressões e registros das histórias que o sujeito carrega em si. Nessa direção, Nasio (2009, p. 54) enfatiza que não somos nosso corpo em carne e osso, somos o que sentimos e vemos de nosso corpo: “sou o corpo que sente e o corpo que vejo. Nosso eu é a ideia íntima que forjamos de nosso corpo, isto é, a representação mental de nossas sensações corporais, representações mutantes e incessantemente influenciadas” pelos nossos sentidos.

Inferimos, então, que “a pele não serve apenas para tocar, ser tocado, e obter experiências de erupção de prazer e dor. Ela também é útil para a comunicação e construção de conhecimento sobre a realidade” (Araujo, 2008, p.50). Assim, podemos

concluir que a pele, para o paciente acometido de queimadura grave, torna-se importante na medida em que ela não apenas possui uma função biológica de limitar, conter e proteger, mas também de uma ordem simbólica, a qual participa da composição da relação eu-corpo. Comumente, o paciente, que tende a não se reconhecer após o acidente, não quer ser visto e nem receber ninguém; o medo de ser tocado é grande, assim como o de ser rejeitado pela comunidade cultural em que está inserido (Arruda, 2009). Isto é, o paciente vive seu corpo de tal forma que, quando o corpo não é capaz de significar a diferença entre o eu e o outro, o interno e o externo, a relação dele com o mundo será prejudicada, pois a maneira como o paciente pensa o próprio corpo, assim como a posição que ele assume em relação a esse corpo, irá influenciar de forma marcante na relação eu-mundo (Mcdougall, 1983).

Nesse sentido, ressaltamos mais uma vez a importância da pele não apenas como elemento de proteção, mas de ruptura na experiência representacional da relação eu-corpo, pois podemos pensar que o paciente acometido de queimaduras severas passa a “experienciar” o ambiente de outro modo após o evento traumático, o que, conseqüentemente, pode alterar a noção de si. Isso porque, como coloca Barros (2005, p. 549), “existem reações fisiológicas ocorrendo o tempo todo em nosso corpo. No entanto, quando essas reações orgânicas estão prejudicadas, podem afetar a imagem que uma pessoa tem de si mesma”. Ou seja, a sua relação eu-corpo vai ser marcada pelas sensações advindas das queimaduras, compondo a experiência do evento traumático. Nesse sentido, a pele destruída pela queimadura se torna “nossa parceira mais íntima e privada e, ao mesmo tempo, nossa denúncia mais pública” (Bastos, 2005, p. 6).

Diante disso, Arruda (2009, p. 17) afirma que “estudar a experiência da enfermidade é compreender um complexo mundo de significados, é considerar na narrativa do enfermo seus sentimentos, cognições e comportamento além da descrição

dos sintomas físicos”. Isto é, o acidente provoca uma ruptura no cotidiano do sujeito, podendo conduzi-lo ao processo de narrativização sobre o evento do trauma a fim de organizar essa experiência marcada agora pelas modificações na pele que o evento da queimadura impôs. Para Souza (2003, p. 6), “o paciente queimado encontra-se duplamente desamparado, excluído e sem pele”.

Diante disso, o paciente poderá construir significados sobre a experiência de ser queimado, pois a dor é intensa e a pele destruída denuncia e marca o seu corpo, compondo um antes e um depois, podendo gerar, assim, uma mudança na sua noção eu-corpo. Em outras palavras, o paciente poderá construir outra representação de si em relação ao seu corpo sentido. Por outro lado, é preciso lembrar que a capacidade do ser humano de sofrer, de viver a dor física e psíquica faz o seu sofrimento revelar-lhe as questões fundamentais da sua existência (Safra, 2006).

Em síntese, é possível concluir que a representação da relação eu-corpo é construída narrativamente a partir da interface que o sujeito estabelece com o seu corpo e com a cultura, pois as experiências sentidas e vividas nessas relações, sejam elas conscientes e/ou inconscientes, vão possibilitar ao sujeito narrar essas experiências como histórias. Portanto, o eu e o corpo formam uma relação íntima na qual o sujeito constrói a representação de si através do discurso-narrativo.

4 - A organização narrativa da experiência

A narrativa é um modo de discurso no qual o sujeito organiza suas experiências através de histórias que guarda para si ou que compartilha com os outros. A organização das experiências se dá em um tempo histórico pessoal, ou seja, esta atividade de dar significado está amarrada a construções plausíveis, pois a narrativa cria elos, sempre

passíveis de ressignificação, entre eventos vividos e sentidos, em uma sequência temporal e significativa, sendo este um diálogo entre passado e futuro, que se constitui no tempo criativo do existir.

Assim, a narrativa provoca mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros. Este pode ser um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir sua própria formação, modificando a sua trajetória de vida. Por outro lado, as narrativas não são estáticas, pois estão sempre abertas às ressignificações e releituras transformadoras do sujeito. Elas nos apresentam um homem histórico para o qual o passado, que vive no presente através de inúmeras manifestações, pode servir de ponto de partida para a construção de um futuro diferente, mais otimista (De Conti & Sperb, 2009; Machado & Matos, 2007; Molina-Loza, 2000; Gonçalves, 1998; Bruner, 1998-1997).

Podemos, então, pensar que o paciente irá narrar para organizar a sua história de vida, marcada agora pelo trauma de ser queimado. Ou seja, as narrativas produzidas pelo paciente emergem a partir do acidente em decorrência do desenlace canônico, da quebra do corpo *perfeito*. Essa ruptura é que pode viabilizar o processo de narrativização, fazendo a vítima de queimadura construir histórias críveis sobre o evento do trauma, recompondo, assim, a sua história de vida.

Conforme Helman (2003), as narrativas emergem em momentos de ruptura inesperada no fluxo da vida diária. Podemos entender, então, que esta ruptura do fluxo da vida do paciente foi promovida pelo acidente e, por conseguinte, pelas sequelas que as queimaduras deixaram no seu corpo; por isso, ele é mais propenso a narrar, já que as narrativas vão emergir dessa ruptura na vida. Para Bruner (1998), a ruptura do cotidiano que o evento traumático provoca é resultado de uma crise que pode ser solucionada a

partir de uma organização narrativa da experiência, sendo esta uma possibilidade em aberto para que uma nova história surja.

Todavia, segundo Mishler (2002), existem algumas experiências de vida “tão perturbadoras ou traumáticas, que os indivíduos são incapazes de incluí-las como parte de uma história de vida coerente, ou resistem a fazê-lo” (p. 113). De acordo com Lazzarini (2006), o paciente queimado é marcado pelo sofrimento em seu próprio corpo e, devido a isso, ele poderá ter dificuldades significativas para narrar a sua experiência corporal. Se, por exemplo, a pessoa não consegue fazer uma avaliação crítica de suas experiências, sejam elas de que ordem for, nem uma leitura do processo em que está inserida, ela não consegue dizer algo a respeito de seu sofrimento, apenas se queixa das dores físicas.

Desse modo, é possível deduzir que pode ser difícil para algumas vítimas de queimaduras relatarem o evento traumático. Algumas delas podem, até mesmo, criar certa resistência em recordar o momento de sofrimento, uma vez que o evento traumático da queimadura se torna concreto demais, corporal demais, tornando a vítima incapaz de articulá-lo à sua própria história de vida (Mcdougall, 1983). É por isso que medidas de intervenção terapêutica se tornam importantes, pois elas permitem ao sujeito narrar e organizar a experiência traumática. Conforme já registramos, quando o sujeito narra os eventos de sua vida, principalmente os traumáticos, reflete sobre si mesmo e é levado a uma compreensão das suas histórias passadas.

No caso de um paciente acometido de queimaduras severas, o ato de narrar sua experiência traumática diante de um corpo que sofreu mudanças devido às queimaduras, pode levá-lo a uma reflexão sobre si e a uma reconstrução da relação eu-corpo marcado também agora pelo incidente. Portanto, “a narrativa não é algo que escolhemos fazer,

mas algo que somos, e, como o ser não é dissociável do conhecer, a narrativa é também aquilo que conhecemos” (Gonçalves, 1998, p.21).

Ao relatar o episódio do acidente articulando-o à própria história de vida, o paciente queimado poderá construir um conhecimento sobre si mesmo, o qual supõe a construção de relações tanto consigo quanto com os outros. Dessa forma, a narrativa propicia ao sujeito ressignificar a sua existência no mundo. Mishler (2002) defende a reinterpretação do significado dos eventos passados por meio dos quais o sujeito possa redefinir quem é, assim como revisar suas histórias de vida. Ou seja, o significado dos eventos e as experiências estão constantemente se reenquadrando nos contextos de nossa vida em curso, sendo um fluxo contínuo de mudança.

É preciso, então, ressaltar que as narrativas permitem aos seres humanos construir uma unidade de sentido acerca de suas experiências vividas no mundo, pois elas também organizam o pensamento através das histórias contadas (Bruner, 1998; De Conti & Sperb, 2009). Então, a narrativa gerada serve como meio para tornar as nossas experiências compreensíveis. Inferimos, pois, que a história de vida do paciente vai ser constituída, também, por esta ruptura de uma pele sem queimadura para outra marcada pela queimadura, a qual constitui de forma significativa a sua relação eu-corpo.

O ato de negociar e renegociar os significados por via das “explicações narrativas têm o efeito de estruturar o idiossincrático de uma forma verossímil que pode promover uma negociação e evitar uma ruptura contenciosa e conflitos” (Bruner, 1997, p. 66). Ou seja, o paciente pode entrar no processo de contar e recontar a história do evento traumático e seus efeitos, pois esse processo possibilita uma coerência nas experiências do seu eu, à medida que vai atribuindo significados a ele. Então, quando uma vítima de queimaduras relata os fatos vividos por ela mesma, pode reconstruir a trajetória percorrida, dando-lhe novos significados.

A narrativa não é, portanto, a verdade dos fatos, mas é a representação que deles faz o sujeito e, dessa forma, pode ser transformadora da própria realidade. De outro modo, o paciente tem um papel ativo na assimilação das narrativas, pois ele constrói a história no ato de recontá-la, partindo de seus interesses e de suas experiências passadas (Bartlett, 1932/1961). Ou seja, o ato de contar histórias se constitui entre o sujeito e aquilo que está sendo narrado, pois a história narrada revela que há nela algo do próprio sujeito.

Tendo isso em vista, para Machado & Matos (2007), a narrativa é tecida e reconstruída ao longo do tempo, à medida que são assimiladas novas experiências, ou quando novos personagens ou audiências vão sendo integrados às histórias, assim como quando algo não foi como deveria ter sido na vida do sujeito e precisa ser mudado. Em outras palavras, o evento traumático de ser queimado faz o paciente ser o protagonista principal de sua história, pois o seu corpo já não é o mesmo após as queimaduras e este precisa ser ressignificado. Partimos do princípio de que essa mudança de posicionamento de um corpo sem marcas para um com cicatrizes das queimaduras vai ser tecida também através da relação com o outro, a qual irá possibilitar, ou não, a apropriação de novos significados.

Segundo Gonçalves (1998, p. 22), “ao assumirmos o discurso narrativo como elemento fundamental da existência, estamos, necessariamente, assumindo a natureza inerentemente dialógica do conhecimento”. Assim, “quando localizamos a fonte do significado no seio do processo dialógico, estamos a conceber o processo de construção de significado como uma atividade social” (Gergen & Warhuus, 2007, p. 54). Ao mesmo tempo em que o paciente organiza suas ideias para contar – quer escrito, quer oral –, ele reconstrói sua experiência de forma reflexiva e, portanto, acaba fazendo uma autoanálise que lhe cria novas bases de compreensão de sua própria experiência. Em

outras palavras, a vítima de queimaduras severas poderá dar sentidos à própria experiência dolorosa de ser queimado.

É importante, também, entender a relação dialética que se estabelece entre narrativa e experiência, pois, assim como a experiência produz o discurso, este também produz a experiência. Há um processo dialético nessa relação que provoca mútuas influências. Diante disso, Bruner (1997) concebe o narrador como um ser do discurso, por conseguinte, da linguagem, pois “a linguagem é adquirida não no papel de espectador, mas através do uso” (Bruner, 1997, p. 67). Nessa mesma perspectiva, Gonçalves (1998, p. 20) considera que “a multiplicidade de significados só é possível graças ao poder criativo e múltiplo da linguagem e do discurso humano. É na linguagem que se constrói o significado da experiência”.

Nesse sentido, Ricoeur (1983/1994) enfatiza que a semântica da narrativa consiste numa intriga de uma unidade temporal de ação, em que o ainda não dito surge na linguagem. Do mesmo modo, Mello (2010) afirma que a linguagem é aberta, está dinamicamente sendo criada e construída. Ou seja, o paciente está inserido na linguagem. Esta, por sua vez, comporta uma falha que provoca flutuações contínuas dos sentidos, as quais fazem as palavras deslizarem nos equívocos, lapsos, chistes, atos falhos, repetições, esquecimentos, lacunas, tropeços e silêncios. Em outras palavras, a linguagem, para psicanálise, consiste em uma organização coerente de processos mentais que possui aspectos conscientes e inconscientes. Estes se entrelaçam a fim de produzirem sentidos para o paciente. É na linguagem, então, que se podem compreender os hiatos na história de vida do sujeito. Portanto, é através do uso da linguagem que o paciente revela os seus conflitos diante de um corpo modificado por queimaduras.

Conforme Benjamim (1892/1940), a narrativa é a forma de comunicação mais adequada para o paciente falar suas experiências. A partir dessa tese, podemos inferir

que o discurso-narrativo é um dos modos de discurso privilegiado que a vítima de queimaduras severas poderá utilizar para compor a sua experiência dolorosa do corpo transformado por queimaduras. Isto é, a narrativa possibilita ao paciente considerar a incomensurável “complexidade experiencial, quaisquer que sejam os domínios em que, taxonomicamente, segmentemos a experiência. Ao abrir-se narrativamente à complexidade da experiência, o indivíduo toma consciência da sua multipotencialidade” (Gonçalves, 1998, p. 36). Ou seja, a maneira como o paciente vai negociar e renegociar os significados pela via da interpretação narrativa pode possibilitá-lo compor uma nova história sobre o evento da queimadura e, ao mesmo tempo, pode reposicioná-lo quanto à sua noção da relação eu-corpo, pois ele pode atribuir outra compreensão ao trauma que resultou na sua pele destruída.

Segundo De Conti (2004, p.33), “é no ato de narrar, como ato de fala endereçado a um outro, que o vivido se constitui como experiência”.

Apenas quando podemos nomear nossas experiências – dar voz a nosso próprio mundo e afirmar a nós mesmos como agentes sociais ativos, com vontade e um propósito – podemos começar a transformar o significado daquelas experiências, ao examinar criticamente os pressupostos sobre os quais elas estão construídas (Giroux & Maclaren, 1993, p. 26).

Para Gonçalves (1998, p. 29), “o discurso narrativo tem precisamente a ver com esta ligação entre compreender e viver (dialética entre existência-conhecimento-hermenêutica), isto é, ligar o passado e o futuro no processo criativo de existir”. Assim, a vítima de queimaduras vai contar suas experiências, crenças e expectativas e, ao mesmo tempo, vai poder anunciar novas possibilidades, intenções e projetos. Em outras

palavras, o paciente precisa narrar para ressignificar o seu eu, por conseguinte, a sua existência como um ser corpóreo. Em síntese, podemos dizer que o paciente constrói narrativas a partir das relações que estabelece com os outros e consigo mesmo.

Nessa direção, Polkinghorne (1936/1988) afirma que a narrativa fornece uma forma especial de discurso para compreender e explicar a experiência humana e o seu comportamento. De modo genérico, a vida se vive para poder contá-la ao mesmo tempo em que criamos nossos contos para dar sentido à vida (Ferrer, 1995). Em suma, as narrativas do paciente emergirão a partir do processo de ruptura do canônico deflagrada pelo incidente da queimadura que traz alterações no seu corpo. Essas narrativas vão ajudar o paciente que sofreu a queimadura a reestruturar esse trauma sofrido, podendo viabilizar uma mudança de posicionamento em relação ao seu corpo, o que implica ressignificar a sua relação eu-corpo.

5 - Os pontos de virada

Como é possível perceber a partir do exposto acima, é importante narrar os eventos traumáticos, porque a narração permite ao sujeito reorganizar a sua experiência dolorosa em um tempo histórico singular (De Conti & Sperb, 2009). Na elaboração de uma narrativa acerca de uma situação traumática, o primeiro passo “é a possibilidade de contá-la, de narrá-la. O segundo passo é a possibilidade de se distanciar dessa situação e, assim, poder ressignificá-la, construindo uma nova versão para os acontecimentos” (Sperb, 2010, p. 157).

Segundo Safra (2006), não só vivemos na história, mas somos histórias presentificadas, pois o momento é uma pororoca entre o presente, o passado e o futuro. O passado e o sonho do futuro são fundamentais para que uma pessoa possa sentir-se real e para que a sua dor ou sofrimento posicionem-se como passagens. Assim, a

produção de significados não se limita a tentar explicar puramente o dos eventos traumáticos, mas as condições pelas quais as diferenças de significados podem ser resolvidas, invocando circunstâncias atenuantes sobre a experiência dolorosa (Bruner, 1997).

Nas narrativas produzidas a partir dos eventos traumáticos, poderão emergir, portanto, pontos de virada nos quais poderemos perceber a mudança do posicionamento do sujeito diante da sua experiência traumática com seu corpo queimado. Ou seja, o paciente acometido de queimaduras severas poderá ressignificar e reposicionar-se diante da noção de sua relação eu-corpo a partir da mudança de significações acerca do evento traumático. Então, “a narrativa teria o papel de estruturar e reestruturar a consciência que a pessoa tomou em relação à situação de vida ou às questões nela envolvidas, como a experiência do ‘adoecimento’ passado ou presente” (Favoreto & Camargo, 2011).

Segundo Mishler (2002), os pontos de virada podem ser concebidos como incidentes os quais, muitas vezes, ocorrem de modo repentino e inesperado, e podem ser observados em relatos de histórias de vida, em entrevistas de pesquisa clínica, ou em trabalhos de colaboração que tratam de relatos de trauma e recuperação. Os pontos de virada consistem na modificação da compreensão sobre as experiências passadas, ou seja, algo nos relatos dos eventos que foi mudado.

As narrativas geradas sobre esses eventos traumáticos abrem caminho para uma movimentação inesperada que não podia ser antecipada pelas visões dos eventos passados. Por isso leva o sujeito a um senso de si próprio diferente, o que implica uma mudança de como ele se sentia e das coisas que fazia. Dessa forma, Bruner (1997, p. 66) afirma que o poder da narrativa não diz respeito à “habilidade de apenas marcar o que é culturalmente canônico, mas de explicar desvios que podem ser incorporados à narrativa”.

Em alguns casos, esses pontos de virada levam a uma re-históriação do passado, ao mesmo tempo em que mudam o significado das relações passadas. Em outras palavras, a re-históriação significa o ato de refazer a história sobre alguns episódios da vida – no nosso caso, o incidente que resultou em uma modificação da noção da relação eu-corpo do paciente. Esse retorno aos eventos passados pode ser entendido como sendo a ação de recordar, pois as lembranças dos múltiplos episódios da existência vão sendo recordadas paulatinamente, dando uma coerência à diversidade da experiência do sujeito. “Assim, a recordação cumpre sob o ponto de vista narrativo esta dupla função: por um lado assegura a diferenciação da experiência e por outro lado organiza-a numa estrutura de coerência” (Gonçalves, 1998, p. 45).

Segundo Ricoeur (1984/1995), a ação não é apenas construída no tempo, mas também no âmbito da memória, considerando-se também as duas dimensões: a da historicidade e a da singularidade. Isto é, a narrativa construída recria o passado através da memória (Melo & Costa, 2010). Em outras palavras, a memória faz o sujeito interpretar e compreender os fatos vividos a partir das “narrativas centradas na vida de quem a enuncia, nas quais os fatos são organizados de maneira retrospectiva” (Melo & Costa, 2010, p. 143). Assim, “no que concerne à cognição, a narrativa propicia o desenvolvimento da memória, pois não existe lembrança, ou fato, que esteja separado da narrativa sobre ele” (Sperb, 2010, p. 157).

Há que se destacarem também as duas dimensões do tempo narrativo, as quais constituem os pontos de virada: a primeira é a dimensão episódica, que compõe a história como sendo feita de eventos; a segunda é a dimensão configurativa, cujo enredo constrói um significado uno a partir de eventos dispersos (Ricoeur 1983/1994). Portanto, podemos dizer que o evento recordado no tempo presente gera uma

movimentação que implica uma “nova” configuração, mas, desta vez, atribui-se outro significado ao evento passado.

Assim, conclui-se que o posicionamento do sujeito muda em relação ao fato ocorrido. Ou seja, uma história é contada através da simbolização das ações dos seres humanos que implica uma dimensão temporal (Sarbin, 1986/2010). Bruner (1998) realça isso ao afirmar que “a narrativa trata das vicissitudes da intenção” (p.18). Isto é, ao comunicar-se algo sobre um evento da vida – seja uma situação complicada, uma intenção, um sonho, uma doença, um estado de angústia –, a comunicação assume a forma de narrativa, pois se apresenta como uma história contada de acordo com certas convenções (Brockmeier & Harré, 2003).

De outro modo, “a importância da narrativa para o sujeito estaria, assim, nas possibilidades que ela cria de percebermos, vivenciarmos e julgarmos nossas ações e o curso de nossas vidas” (Favoreto & Camargo, 2011, p.475). Portanto, a narrativa estrutura a experiência perceptual, organiza a memória, segmenta e constrói muitos eventos na vida do paciente. Por isso, a interpretação é inevitável, porque a narrativa é representação da realidade, e isto está imbricado nas escolhas que ele faz, sejam elas conscientes ou inconscientes.

Não se trata de um processo raro ou excêntrico, mas sim disseminado. De fato, é uma característica inerente e intratável de como nos lembramos do nosso passado e continuamente o re-historiamos, variando a significância relativa de diferentes eventos de acordo com a pessoa em quem nos transformamos, descobrindo conexões das quais não estávamos previamente cientes, nos reposicionando a nós mesmos e aos outros em nossas redes de relações. O passado não está gravado em pedra, e o significado dos eventos e experiências está constantemente sendo reenquadrado dentro dos contextos de nossas vidas correntes e em curso (Mishler, 2002, p. 105).

Nesse sentido, Mishler (2002) destaca que o *insight* individual propicia os pontos de virada, pois essa capacidade de introspecção gera uma revelação repentina na percepção, mudando, assim, a compreensão dos eventos passados. Diante disso, o autor em questão faz referência a alguns fragmentos de entrevistas de dois estudos de caso realizados por ele para enfatizar e realçar o que seria essa mudança de posicionamento. De modo genérico, o primeiro caso é de uma ceramista que encontrou sua vocação por acaso no curso de cerâmica que fez nas férias da pós-graduação em História. Ela não se interessava por artes até então, mas, depois da experiência que teve no curso, descobriu sua verdadeira vocação, ou seja, a designação de uma nova profissão foi o ponto de virada na sua história de vida. O segundo caso se refere a uma vítima de abuso sexual, cujo ponto de virada foi um incidente que a levou a revisar a história que viveu de forma a fazerem sentido os abusos sexuais sofridos e o incesto paterno. Em outras palavras, a vítima pode dar um novo sentido ao fato ocorrido.

De acordo com Machado e Matos (2007), as mulheres que sofreram violência conjugal negaram-se a ser agredidas a partir do momento em que não mais se sentiram subjugadas a qualquer tipo de violência. Em síntese, podemos dizer que o processo de re-historiação marca importantes mudanças que são os pontos de virada e resulta neles, pois cada um de nós é um personagem em uma história diferente à medida que nos posicionamos de modo diferente nas relações que estabelecemos com os outros. Os pontos de virada são, pois, um processo contínuo de reconstrução dos significados de nossas experiências passadas.

Dar sentido implica, ainda, posicionar-se no fluxo dos acontecimentos. Em outras palavras, implica estabelecer suficiente coerência e continuidade de modo a reconhecer-se como sujeito histórico ou sujeito que tem uma história em um mundo caracterizado pela polissemia. Assim, essa atividade de dar sentido está associada à

construção de versões plausíveis, pois a narrativa provoca mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros. Este pode ser um processo que o paciente pode disponibilizar para construir significados sobre o evento da queimadura.

Esse processo de criação do sujeito em sua rede social faz, então, o paciente não se cristalizar e nem ser rotulado, pois nenhuma história é acabada, na medida em que a vida é um eterno devir. Uma vez que nada é permanente e não pode ser tomado como uma verdade absoluta, a história contada é sempre um recorte, um signo que compõe uma semiose que nunca se completa por inteiro.

Precisamos estar especialmente atentos às funções psicológicas, culturais e sociais de como uma história é contada e às funções dos contextos específicos nos quais a história é contada. Como um narrador seleciona e organiza experiências e eventos de forma que contribuam coletivamente para o propósito pretendido da história – o porquê de a história estar sendo contada justamente dessa maneira, justamente nesse cenário – é a nossa questão central, e não uma questão lateral (Mishler, 2002, p. 106).

Nessa perspectiva, podemos inferir que o sujeito em uma situação de pós-trauma é propenso a revisitar narrativamente os eventos que compõem sua história de vida. Ou seja, ele pode narrar para ressignificar o incidente que resultou no seu corpo queimado. Do mesmo modo, o sujeito poderá ser convocado a “experienciar”, através do seu corpo modificado, o mundo de outra maneira. Nesse sentido, a queimadura grave pode ser considerada um evento traumático que poderá conduzir o sujeito a narrar e, ao narrar, ele poderá reposicionar-se frente a essa experiência, a qual implicará uma reorganização experiencial da sua relação eu-corpo. Esse reposicionamento pode ser entendido como

um ponto de virada, uma vez que se trata de modificar o ponto de vista, conceitual e/ou emocional, em que a experiência do trauma é vivida, colocando-a em uma “nova moldura”, a qual altera significativamente o seu sentido. Portanto, as ações do sujeito, a canonicidade e o ponto de vista estão a serviço do impulso para narrar as experiências como história, pois as histórias contadas podem tornar a “realidade” do paciente uma realidade atenuada (Bruner, 1997).

Capítulo II

Método

1. Participantes e contexto da pesquisa

Participaram desta pesquisa três adultos do sexo feminino que sofreram queimaduras de segundo ou terceiro grau e estavam na fase de reabilitação de longa duração (Adcok et al., 1998). Para selecioná-los, adotamos cinco critérios.

O primeiro foi o tipo de queimadura sofrida: as de segundo e terceiro grau, que são as mais severas e deixam marcas profundas no corpo do paciente.

O tipo de acidente sofrido, no caso, o acidente do cotidiano foi o segundo critério de seleção. Esse tipo de acidente, como o próprio nome já denota, decorre de atividades desenvolvidas diariamente.

O terceiro critério de seleção foi o fato de os pacientes estarem na fase de reabilitação de longa duração (Adcok et al., 1998), pois nesse momento ele já não sente mais a dor das queimaduras nem está se submetendo aos curativos. Essa fase, contudo, é de muito sofrimento, porque a pele queimada é retirada através de narcose.

Pacientes que não estivessem em acompanhamento psicoterápico foi o quarto critério de seleção, pois, como o fenômeno a ser investigado se constrói no processo de mudança de posicionamento desse sujeito, esse tipo de acompanhamento poderia interferir nessa transformação.

Finalmente, o quinto critério: os participantes não estarem fazendo uso de medicamentos psicotrópicos ou de qualquer outra droga medicamentosa que alterasse o funcionamento das suas faculdades mentais.

A instituição escolhida para a realização da pesquisa foi o Hospital da Restauração – HR, referência em acidentes com queimaduras. Essa instituição possui qualidade nos atendimentos e, também, atende à demanda das ocorrências de casos com queimaduras severas não só de Pernambuco, mas também de estados mais próximos como, por exemplo, Paraíba, Sergipe, Alagoas, dentre outros. Isso pode ser conferido no site⁸ da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, que destaca a importância desse hospital, instituição considerada a maior unidade da rede de saúde pública de Pernambuco e também o maior e mais complexo serviço de urgência e trauma do Norte/Nordeste. Além de ser referência em atendimento de casos de queimaduras graves, também presta socorro a vítimas de intoxicação exógena e por animais peçonhentos, de violência – agressões por arma de fogo e arma branca –, acidentes de trânsito. Devido a isso, recebe pacientes de todo o Estado, de todo o Nordeste e de todas as classes sociais.

O HR possui 482 leitos registrados no Ministério da Saúde, mas, incluindo os extras, funciona com um total de 723 leitos para atender a grande demanda. Desde junho de 2010, a antiga Emergência Geral foi desmembrada em três emergências com entradas e espaços independentes: Emergência Pediátrica, Emergência Traumatológica e Emergência Clínica. No HR estão o Centro de Tratamento de Queimados (CTQ-HR), referência nacional, com 40 leitos – o que o torna um dos maiores do Brasil – e o Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX-HR), referência estadual em intoxicação exógena e por animais peçonhentos.

Por conta disso, o Hospital da Restauração possui uma grande importância social como centro formador para a saúde de Pernambuco. Encontram-se nessa instituição experientes profissionais das diversas categorias, o que favorece o treinamento em

⁸ <http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/regiao-metropolitana/hospital-da-restauracao/>

serviço, o aperfeiçoamento profissional e a melhoria da qualidade da assistência aos usuários do SUS. Em 2005, o estabelecimento foi credenciado pelo Ministério da Educação (MEC) como Hospital de Ensino e, por isso, ele passou a abrigar os programas de Residência Médica, Residência de Enfermagem e de Farmácia. Também abre espaço para estágios curriculares das diversas categorias profissionais de nível médio e superior em saúde e em outras áreas de conhecimento.

O⁹ Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do HR, considerado referência no Brasil, localiza-se no segundo andar dessa instituição. Quem chega ao CTQ com ferimentos provenientes de queimaduras é direcionado à sala do primeiro atendimento. O procedimento padrão desse atendimento é o de avaliar a extensão e a profundidade da ferida. Se nessa avaliação for constatado que se trata de queimaduras de segundo e terceiro graus, será registrado em um prontuário o percentual do corpo queimado bem como a gravidade da queimadura. Nesse momento é construído um mapa corporal da vítima. Já a pessoa que sofreu queimadura de primeiro grau é apenas medicada e liberada, pois esse tipo de ferimento é autotratável e não precisa de acompanhamento médico.

A avaliação é feita pelo médico de plantão, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Após ser avaliado, o paciente poderá ser encaminhado para o ambulatório ou ser internado. Geralmente, a vítima de queimadura chega ao hospital com muita dor. Devido a isso, a equipe médica faz uma primeira medicação para aliviar esse sofrimento e, ao mesmo tempo, a área queimada é lavada com água e clorexidina. Após essa lavagem, é colocada uma pomada de sulfadiazina de prata, medicamento considerado de primeira linha para feridas e recomendado nos casos de queimaduras, sejam elas severas

⁹ Informações extraídas da entrevista com as enfermeiras chefes do setor de queimados, Erica Pimentel e Elizabete Macedo, no dia 27 de agosto de 2012.

ou de primeiro grau. Há dois maqueiros por plantão que, além de exercerem as suas funções, auxiliam as enfermeiras em alguns procedimentos, principalmente, quando os pacientes são muito pesados.

O paciente encaminhado para o internamento fica em jejum para que, no dia seguinte, possa fazer a balneoterapia sobre narcose, procedimento que se constitui na retirada da pele queimada. Isso porque toda a pele queimada está morta e deve ser retirada para que a medicação possa ter o efeito esperado e ocorra a regeneração das partes queimadas do corpo. A retirada dessa pele morta se dá por meio da lavagem, da escovação e da limpeza dos ferimentos, por isso esse procedimento é conhecido, dentro do ambiente hospitalar, como o banho, que é feito em dias alternados, sempre pela manhã.

Antigamente, há mais ou menos quinze anos, o paciente ficava imerso na água dentro de uma banheira e a pele queimada era retirada sem sedação alguma, o que provocava muita dor e gritos. Hoje, isso é realizado “sem dor” a partir de uma sedação (a narcose), mas muitos dos pacientes submetidos a esse banho relatam que, ao se acordarem, sentem muitas dores. Também não se utiliza mais a banheira.

Atualmente, o paciente é colocado em uma maca de alumínio, onde se dá todo o processo, que vai do banho ao curativo. Esse procedimento é realizado por um cirurgião, um anestesiista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem no banho e dois técnicos de enfermagem no curativo. O paciente fica despido e anestesiado na maca de alumínio e, ao seu lado, ficam dois técnicos de enfermagem com os chuveiros ligados dando banho nele. Enquanto isso, outra maca está sendo esterilizada para conduzir outro paciente para o banho.

Esse procedimento é feito em uma sala específica para a balneoterapia, espaço em que há uma maca de alumínio, chuveiros e armários que guardam materiais:

algodão, gases, ataduras, esparadrapos, medicamentos de todos os tipos, sabão higienizador (próprio para ferimentos), desfibrilador (caso o paciente sofra alguma parada cardíaca), balão de oxigênio, baldes para colocar o que foi utilizado no curativo. Além disso, há também outro balde para colocar restos humanos como cabelos, pele, unhas, entre outros.

O Centro de Tratamento de Queimados possui um bloco cirúrgico equipado com todos os materiais e instrumentos necessários para a realização de cirurgias de enxerto, reparadora plástica e reconstrutora. Existem também três unidades semi-intensivas, distribuídas da seguinte forma: a pediatria, adulto-feminino e adulto-masculino.

A pediatria possui ao todo quinze leitos. No momento em que a pesquisa estava sendo realizada havia nove crianças internadas, dentre as quais algumas haviam sido vítimas de escaldaduras e outras, de TS (Tentativa de Suicídio). As crianças ficam nesta semi-intensiva até os treze anos de idade, depois são consideradas adultas. Todas as crianças têm o direito de ficarem com as mães ou com os responsáveis. Há duas pediatras em cada plantão, um carrinho de respirador para os casos em que uma criança precise desse socorro antes de ir para a UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), três técnicos de enfermagem por plantão, apenas para atender as demandas dessa semi-intensiva.

A semi-intensiva direcionada para a ala de adulto-feminino é composta por doze leitos, mas geralmente há um leito extra. No momento da realização da pesquisa, havia oito mulheres internadas: a maioria, em decorrência de tentativa de suicídio; uma, devido a um crime passionai; e outras, por conta de acidentes domésticos. Ficam por plantão dois técnicos de enfermagem para dar assistência a elas.

A semi-intensiva adulto-masculino possui doze leitos. Todos estavam ocupados no momento da pesquisa, por isso se fez necessário mais um leito por conta de uma

urgência que chegou ao centro: um homem idoso trazido por uma ambulância do interior de Pernambuco. Esse paciente apresentava 60% do corpo queimado e não estava com acompanhante. As queimaduras dos outros pacientes masculinos internos eram provenientes de acidente de trabalho (do cotidiano) e acidentes de moto. Apenas um interno havia se queimado em uma tentativa de suicídio. A semi-intensiva masculina também possui dois técnicos de enfermagem por plantão. Há apenas um médico por plantão para atender as duas semi-intensivas de adultos.

Em todas as semi-intensivas há oxigênio, monitores cardíacos, medicamentos e todo o material necessário para o tratamento dos pacientes. A permissão para acompanhantes de adultos depende de alguns fatores como idade, gravidade das queimaduras e aspecto psicológico do paciente. Este último vai depender do quadro clínico que apresenta, pois muitos dos pacientes internos passam mais tempo no hospital por não quererem aceitar o seu corpo transformado, ou seja, entram no estado de rejeição e, por conseguinte, de depressão. Muitos deles não suportam nem fazer enxerto, pois a rejeição é tão forte, que rejeitam a própria pele.

A cirurgia de enxerto se constitui na retirada da pele íntegra do corpo do próprio paciente para ser enxertada na parte dos ferimentos mais graves. As partes do corpo mais escolhidas para fazer o enxerto são a coxa e o glúteo, pois possuem uma pele de melhor qualidade, uma vez que não são expostas aos raios solares. Assim, trata-se de uma pele resistente e ideal para esse tipo de procedimento.

Esse centro possui ainda um quarto para os plantonistas de enfermagem, onde há três camas, um banheiro, uma mesa, uma televisão, uma geladeira, três cadeiras, dezesseis armários individuais e com chaves. Há também o quarto dos médicos plantonistas, onde se vê um banheiro, duas camas, uma televisão, uma mesa e uma cadeira. Existe ainda uma sala para os diaristas (enfermeiros, fisioterapeutas e

maqueiros), com armários, um computador, uma mesa, cinco cadeiras e um filtro. O CTQ tem também uma sala de brinquedoteca, onde a terapeuta ocupacional atende as crianças vítimas de queimaduras, bem como uma sala com mais de cinquenta armários que são utilizados pelos técnicos de enfermagem, vigilantes e maqueiros. Ao lado desse espaço, está uma copa utilizada por todos os profissionais do centro.

A chefia do CTQ possui uma sala exclusivamente para atender assuntos burocráticos assim como para tratar de assuntos relativos aos pacientes. Há ainda uma pequena sala onde são guardados todos os materiais descartáveis como seringa, gases, esparadrapos, algodão, ataduras, balança para bebê, capotes descartáveis e de tecido, soro, dentre outros. Conta-se também com a sala do expurgo, ambiente em que todo material usado é colocado para aguardar a coleta do serviço de limpeza ou da lavanderia do hospital. O CTQ dispõe também de uma sala de limpeza dos instrumentos cirúrgicos utilizados nas cirurgias e nos curativos.

Há uma alta rotatividade de pessoas que chegam ao CTQ; de uma hora para outra, as semi-intensivas lotam, assim como ocorre no setor de emergência e no ambulatório.

Um critério para a permanência do paciente no hospital é a gravidade de seu estado de saúde, ou seja, a intensidade das queimaduras. Há ferimentos tão profundos, que o paciente não suporta nem ser tocado. Assim, estando interno, pode ser submetido ao processo da balneoterapia sobre narcose. Quando ele passa a suportar os curativos sem o uso da narcose, recebe alta do hospital e é encaminhado para o ambulatório de queimados da instituição, responsável pela continuidade do tratamento, ou seja, dos curativos.

O paciente não pode deixar de ir ao hospital nos dias marcados para os curativos. Caso deixe de ir, fará novamente a avaliação com o intuito de averiguar as condições

dos ferimentos. Já houve casos de pacientes receberem alta e depois voltarem a ficar internos por conta de infecção nos ferimentos. Quando isso acontece, o quadro clínico fica um pouco mais comprometido, voltando, em alguns casos, ao quadro inicial.

No ambulatório há apenas uma maca de alumínio, uma maca comum, duas cadeiras estilo *marfinite* e um armário com materiais para curativos (gases, algodão, medicamentos e entre outros). Os curativos são realizados no horário da manhã, da segunda à sexta-feira. O ambulatório fica no térreo, próximo ao estacionamento interno do HR.

A clínica de fisioterapia é o outro espaço disponível para a reabilitação dos pacientes vítimas de queimaduras. Fica na parte externa do hospital, bem próxima ao estacionamento interno. Há quatro fisioterapeutas para atender apenas este tipo de paciente. O atendimento fisioterápico começa, em alguns casos, no leito das semi-intensivas, dependendo da necessidade do quadro clínico da vítima. Em alguns casos, quando o paciente recebe alta do ambulatório, ele é encaminhado ao setor de fisioterapia para dar continuidade ao seu tratamento, pois agora precisa cuidar não mais das feridas e sim das retrações musculares que as queimaduras severas deixam no corpo.

A clínica de fisioterapia é organizada da seguinte forma: a recepção, dois consultórios e o ginásio de fisioterapia. Na recepção há duas recepcionistas – uma na parte da manhã, outra à tarde –, uma mesa muito ampla, um computador, uma impressora, um telefone, ar-condicionado em toda a clínica e cadeiras de espera. Os pacientes ficam esperando na recepção até serem chamados pelo fisioterapeuta. O atendimento é por ordem de chegada. O paciente tem o direito de faltar no máximo a três sessões de fisioterapia. Se faltar mais de três vezes, sem justificativa, automaticamente é retirado da lista de atendimento da clínica, abrindo, assim, vagas para outros pacientes.

A clínica de fisioterapia atende todos os pacientes do hospital HR que precisam desse tipo de reabilitação. O ginásio de fisioterapia é um lugar amplo, iluminado, confortável, onde se conta com todos os aparelhos e materiais para se fazerem os procedimentos fisioterapêuticos. Cada mesa de atendimento possui lençóis de papel, pois, sempre que houver um atendimento, são trocados. Também existem divisórias para deixar os pacientes mais confortáveis. Há música ambiente. A música popular brasileira (MPB) é a mais tocada. Ao entrarmos nesse espaço percebemos, contudo, que, no canto direito, há uma divisória bem maior, o que torna maior o compartimento por ela delimitado. É nesse ambiente que são atendidos os pacientes que sofrem queimaduras. Nele há uma geladeira, um micro-ondas, um espelho grande, duas camas de atendimento, uma mesa ampla, onde há vários documentos referentes aos pacientes, uma pia para lavar as mãos e armários. Os armários guardam todos os materiais da clínica. Dentro desse espaço reservado, há outro mais reservado ainda, cujas divisórias o isolam dos demais atendimentos. Nesse pequeno espaço, há uma cama de atendimento, uma pequena mesa e uma cadeira estilo marfinite. Foi nesse ambiente que os questionários¹⁰ e as entrevistas¹¹ foram realizados.

Pode-se pensar que essa restrição de espaço sugere certo tipo de exclusão, pois as vítimas de queimaduras são atendidas separadamente dos demais pacientes. Isso deve ocorrer, contudo, devido às retrações musculares do corpo desses pacientes, assim como, em alguns casos, por conta do fato de alguns terem de ficar despidos para realizarem alguns procedimentos fisioterapêuticos, principalmente, quando as retrações são na parte superior do corpo. Acreditamos que deve ser mais confortável para o paciente ficar nesse espaço, pois os demais não vão olhar a sua aparência física, mesmo que seja apenas na hora que ele está sendo atendido pela fisioterapeuta.

¹⁰ Ver Apêndice I

¹¹ Ver Apêndice II

Há ainda no CTQ dois consultórios médicos. Em cada um deles há uma mesa, cadeiras e mesa de atendimento.

2. Material e Instrumentos

A pesquisa partiu de uma triangulação de estratégias que, segundo Flick (2009), tem a função de contribuir para a adequação e a abrangência do entendimento sobre o fenômeno a ser investigado, assim como a de auxiliar na construção dos dados e na interpretação. A técnica de observação espontânea que, segundo Gil (2009), visa estudar e observar de maneira espontânea os fatos que ocorrem no ambiente permitiu à pesquisadora se aproximar do ambiente e do fenômeno a ser pesquisado.

Com o questionário misto (Demo, 2000), ou seja, constituído de perguntas abertas e fechadas, buscamos evidenciar particularidades dos participantes para selecionar melhor os três casos que foram estudados. Propusemos, então, perguntas sociodemográficas (nome, idade, sexo, estado civil, naturalidade, cidade, escolaridade, profissão, renda da família) e perguntas importantes para a seleção dos participantes, tais como: se o paciente estava fazendo acompanhamento psicoterápico e/ou uso de medicação.

Após a aplicação do questionário, realizamos a entrevista com os participantes. Nesse momento, adotamos o depoimento pessoal o qual, segundo Gil (2009), é uma técnica de pesquisa que pode ser definida como o relato de um sujeito sobre a própria existência em um curto espaço de tempo. Nessa narrativa, ele vai, então, tentar reconstituir os acontecimentos que vivenciou, buscando comunicar a experiência que adquiriu sobre algum episódio determinado de sua vida. Portanto, essa modalidade de entrevista se caracteriza pela informalidade, profundidade, pelo foco direto em um

acontecimento que se relaciona ao assunto que está sendo pesquisado, o que implica a presença do pesquisador para direcionar as informações obtidas do entrevistado acerca do evento narrado.

A entrevista teve, assim, o seguinte tópico norteador: “Diante do evento da queimadura, me fale sobre você”. Pensamos que esse tópico introdutório, viabilizando o processo de narração do paciente, poderia levá-lo a falar sobre o incidente e as marcas no corpo decorrentes da queimadura.

Além dessa introdução, para que a entrevista pudesse fluir, fez-se necessário um roteiro de perguntas: “Há quanto tempo está em tratamento?”; “Como foi o acidente que resultou nas queimaduras?”; “Você precisou fazer alguma cirurgia reparadora?”; “Onde foi o acidente?”; “Como ocorreu o acidente?”; “Quem socorreu e como você era antes do acidente?”. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas e analisadas. Os questionários, além de registrados no papel, também foram gravados em áudio.

3. Delineamento e procedimentos de produção dos dados

Como dissemos, o principal objetivo desta pesquisa foi investigar se os pacientes ressignificam a relação eu-corpo após o evento da queimadura, delimitando os possíveis pontos de virada presentes nas narrativas acerca desse episódio. Nesse sentido, esta pesquisa é de cunho qualitativo, pois está pautada em uma abordagem ideográfica a qual compreende o fenômeno numa interpretação sistêmica. Isso significa dizer que o fenômeno é estudado como um sistema que faz parte de um contexto particular e, portanto, não pode ser separado dele para explicá-lo (Rondel, 2003), ou seja, “o

significado é negociado mutuamente no ato da interpretação; não é simplesmente descoberto” (Schwandt, 2006, p.199).

A investigação foi realizada a partir de estudos de caso, pois, conforme Gil (2009), este é um delineamento de pesquisa que preserva o caráter unitário do fenômeno, investigando-o não apenas em profundidade, mas como um todo, considerando, também, o contexto em que o fenômeno emerge. O estudo de caso pode, então, ser “composto por um indivíduo, um grupo, um evento, um programa, um processo, uma comunidade, uma organização, uma instituição social ou mesmo por toda uma cultura” (Gil, 2009, p.7).

Nesta pesquisa há três estudos de caso. Entendemos que, sendo três, as distinções entre eles poderiam possibilitar-nos a compreensão da complexidade das sutilezas do fenômeno. Além disso, conforme pontua Gil (2009, p. 18), vimos que os estudos de caso são os mais “adequados para a compreensão do processo de mudança”.

A partir dos dados coletados, primeiramente a pesquisadora entrou em contato com o chefe do CTQ do Hospital – HR, Dr. Marcos Barretto, com a intenção de ver a possibilidade e o interesse de realizar-se a pesquisa neste setor em parceria com Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Tendo sido qualificado o mestrado, o projeto de pesquisa foi entregue ao Dr. Marcos Barretto e ao diretor geral do hospital a fim de que eles avaliassem e autorizassem a investigação. Depois da aprovação da realização do estudo nessa instituição, o projeto foi submetido à apreciação do comitê de ética da UFPE para que pudesse ser iniciado o estudo.

Concluído esse processo, a pesquisadora foi encaminhada pelo chefe do CTQ à sala das enfermeiras chefes. Uma delas se disponibilizou a mostrar os espaços do CTQ à pesquisadora – momento em que se pôde observar o andamento e a organização desse centro – bem como a apresentá-la aos pacientes que estavam internos.

Os pacientes foram apresentados individualmente e sobre cada um deles foi informado o tipo de queimadura sofrida, a causa dela e há quanto tempo estavam internados no hospital. Todas as informações passadas pelas enfermeiras constavam no prontuário dos pacientes. Elas também ajudaram a selecionar os participantes conforme os critérios da pesquisa: gravidade das queimaduras (segundo e terceiro graus), a causa do fato ocorrido e a situação deles no ambulatório.

Depois da escolha dos possíveis participantes que estavam no ambulatório, a enfermeira que acompanhou a pesquisadora durante todo o tempo nas alas semi-intensivas a apresentou à fisioterapeuta que trabalha apenas com pacientes adultos que sofreram queimaduras severas. A partir desse momento, a produção dos dados teve início e ocorreu na clínica de fisioterapia, localizada no térreo do hospital, próxima ao estacionamento dos médicos, conforme descrito acima.

A partir de então, foi realizado um momento individual com cada paciente para saber se eles queriam participar da pesquisa – oito deles se prontificaram. A cada um deles foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE¹². A aplicação dos questionários e das entrevistas ocorreu nas terças e nas quintas-feiras à tarde, dias e horários disponibilizados pela fisioterapeuta.

A aplicação dos questionários e das entrevistas, que se deu simultaneamente (primeiro o questionário e, logo após, a entrevista), foi feita individualmente de acordo com a disponibilidade do paciente e de forma que não trouxesse prejuízos a ele nem à instituição. As primeiras perguntas feitas aos participantes foram as do questionário, com o intuito de fazê-los começar a falar sobre a própria experiência. Logo em seguida, foi-lhes colocado o tema da pesquisa. Dessa forma, os participantes percebiam que se tratava de uma conversa aberta sobre as suas histórias de vida. O roteiro serviu como

¹² Ver Apêndice III

um suporte para alimentar o fluxo da conversa. Assim, as perguntas do roteiro eram colocadas à medida que surgia, nas narrativas dos participantes, algo que pudesse ser relacionado às mesmas. Os três participantes escolhidos a partir dos critérios de inclusão desta pesquisa relacionaram mais claramente o evento da queimadura com o corpo.

A duração da pesquisa foi de trinta e três dias (33): foi iniciada no dia vinte e sete (27) de agosto e concluída no dia quatro de outubro (4) de dois mil e doze (2012).

4. Procedimentos de análise dos dados

Esta pesquisa se propôs a realizar análise de discurso de linha francesa. A ideia central da investigação discursiva é salientar a maneira como a linguagem constrói, regula e controla o conhecimento, as relações sociais e as instituições, e de examinar as formas pelas quais as pessoas utilizam ativamente a linguagem na construção do significado da vida cotidiana. De outro modo, a análise focaliza o detalhe das passagens do discurso, pois não procura identificar processos universais, ou seja, entende-se que o discurso é circunstancial, construído a partir de recursos interpretativos particulares e em contextos específicos (Gill, 2005).

No âmbito da compreensão da análise discursiva de linha francesa, percebemos “uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social” (Caregnato & Mutti, 2006, p. 680). Ou seja, esse tipo de análise irá buscar os significados que podem ser apreendidos mediante interpretação.

Orlandi concebe, na sua análise, o sujeito psicanalítico e entende que a interpretação é precedida pela descrição, ou seja, a linguagem na análise de discurso não é transparente, pois o analista não deve atribuir sentidos, mas expor-se à opacidade do

texto, ou seja, explicitar o modo como um objeto simbólico produz sentido, o que implica saber que o sentido pode ser outro (Orlandi, 1996). A análise de discurso, para Orlandi, visa à compreensão de como um objeto simbólico constrói sentidos, como ele está investido de significância pelo sujeito. Essa compreensão, por sua vez, implica explicar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido.

Portanto, para analisar os dados desta pesquisa, utilizamos a análise de discurso de Orlandi (2009). Para essa autora, o analista de discurso deve direcionar a escuta para além das evidências e entender, bem como compreender, “a opacidade da linguagem, a determinação dos sentidos pela história, a constituição do sujeito pela ideologia e pelo inconsciente, fazendo espaço para o possível, a singularidade, a ruptura e a resistência” (Orlandi, 2009, p. 59). Segundo essa autora, a etimologia da palavra “discurso” associa-se à ideia de curso, percurso, movimento. Ou seja, o discurso funciona na encruzilhada de um duplo jogo da memória: o da memória institucional que estabiliza, cristaliza, e, ao mesmo tempo, o da memória constituída pelo esquecimento que é o que torna possível o diferente, a ruptura, o outro (Orlandi, 2009).

Entendemos, então, que os sentidos estão sempre sendo administrados, não estão soltos. Por conta disso, precisamos saber como nos relacionamos com a linguagem em nossa vida cotidiana. Ou seja, é necessário ter claro que a análise de discurso concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive (Orlandi, 2009).

Contudo, a análise de discurso coloca a seguinte questão: como este texto significa? Assim, concebe o texto na sua discursividade. Então, para a análise de

discurso, a língua possui sua ordem própria, mas só é relativamente autônoma, pois o sujeito da linguagem é afetado pelo real da língua e, ao mesmo tempo, pelo real da história. Ou seja, “as palavras do cotidiano já chegam até nós carregadas de sentidos que não sabemos como se constituíram e que, no entanto, significam em nós e para nós” (Orlandi, 2009, p. 20). De outro modo, numa perspectiva discursiva, a linguagem é linguagem porque faz sentido e só faz sentido porque se inscreve na história.

A análise de discurso de Orlandi (2009) ressalta a construção de um dispositivo de interpretação (a pergunta) que tenha como característica situar o dito em relação ao não dito, “procurando ouvir, naquilo que o sujeito diz, o que ele não diz, mas que constitui igualmente os sentidos de suas palavras” (Orlandi, 2009, p. 59). Dessa forma, o dispositivo gera uma movimentação no discurso que evidencia a relação do sujeito com sua memória.

Essa construção do dispositivo será mediada pela concepção teórica que revelará o objeto de análise. Assim, o dispositivo e o objeto de análise serão o foco da análise e, “a partir desse momento, estamos em medida de analisar propriamente a discursividade, que é o nosso objetivo, porque já começamos a entrar no processo discursivo e saímos de seu produto acabado” (Orlandi, 2009, p. 66). Ou seja, a análise visa justamente deslocar o sujeito em face desses efeitos. Portanto, as palavras refletem sentidos de discursos já realizados, imaginados ou possíveis, pois é desse modo que a história se faz presente na língua.

Desfeita a ilusão da transparência da linguagem e exposto à materialidade do processo de significação e da constituição do sujeito, o analista retorna sobre sua questão inicial. Ela está assim no início, como elemento desencadeador da análise e da construção do dispositivo analítico correspondente, e, no final, ela

retorna, gerindo a maneira como o analista deve referir os resultados da análise à compreensão teórica do seu domínio disciplinar específico: o da própria Análise de Discurso, se for o caso, ou da Linguística, mas também o da Política, da Sociologia, da Antropologia, etc., dependendo da disciplina a que se filia o analista (Orlandi, 2006, p.28).

Assim, Orlandi (2009) propõe como funcionamento central para a análise a observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeito. Em vista disso, lança mão da paráfrase e da metáfora como elementos que permitem de certo modo um grau de operacionalização dos conceitos. “E é nesse jogo entre paráfrase e polissemia, entre o mesmo e o diferente, entre o já-dito e o a se dizer que os sujeitos e os sentidos se movimentam, fazem seus percursos, (se) significam” (Orlandi, 2006, p.36).

Nessa perspectiva, o analista vai incidir uma análise que procura relacionar as *formações discursivas* distintas – que podem ter se delineado no jogo de sentidos observado pela análise do processo de significação (paráfrase, sinonímia etc.) – com a formação ideológica que rege essas relações. Desse modo, atinge a constituição dos processos discursivos, os quais são responsáveis pelos efeitos de sentidos produzidos naquele material simbólico que fundou a formulação do analista. A relação da ordem simbólica se faz de tal modo que, para que haja sentido, é preciso que a língua como sistema passível de equívoco, sujeita à falha, se inscreva na história, pois não existe língua sem esses deslizos e, dessa maneira, não há língua que não possa ser interpretada, pois há sempre um “outro” possível que o constitui. Em outras palavras, a interpretação é constitutiva da própria língua. Isto é, a interpretação está na relação da língua com a

história para significar. A discursividade é justamente esta inscrição dos efeitos linguísticos materiais na história.

É, pois, um conjunto de noções que sustenta a possibilidade da análise, sempre nesse retorno contínuo do objeto de análise à teoria. É um movimento constante de descrição e interpretação em que o analista enreda as relações do discurso, da língua, do sujeito, dos sentidos, articulando a ideologia ao inconsciente. De outro modo, o interdiscurso determina o intradiscurso, ou seja, o dizer (presentificado) se sustenta na memória (ausência) discursiva. Então, entre o dito e o não dito, desenrola-se todo um espaço de interpretação no qual o sujeito se move, pois considera a existência nas relações de múltiplas e diferentes naturezas entre diferentes discursos, e isso também é objeto de análise: relações de exclusão, de inclusão, de sustentação mútua, de oposição, migração de elementos de um discurso para outro etc.

Tendo em vista esse campo conceitual da análise de discurso proposto por Orlandi, em nosso estudo utilizamos quatro categorias de análise sugeridas por essa autora (2009): interdiscurso, esquecimento, relação de força e formação discursiva.

A primeira, *interdiscurso*, consiste em compreender o conjunto das formações discursivas que se inscreve no nível da constituição do discurso, na medida em que trabalha com a resignificação do sujeito sobre o que já foi dito, o repetível, determinando os deslocamentos promovidos pelo sujeito nas fronteiras de uma formação discursiva. O interdiscurso determina materialmente o efeito de encadeamento e articulação de tal modo que aparece como o puro “já-dito”. A memória discursiva é o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já dito que está sustentado em cada tomada da palavra. Assim, o interdiscurso disponibiliza os dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva. O dizer e as palavras não são propriedades particulares, elas

significam pela história e pela língua. Ou seja, o sujeito pensa que sabe o que diz, porém não tem acesso ao modo como os sentidos se constituem. O que ele sabe não é suficiente para compreendermos os efeitos dos sentidos que estão presentes, pois há na história um já dito que sustenta a possibilidade do dizer.

Dessa forma, podemos compreender o funcionamento do discurso do sujeito ancorado na ideologia. Em outras palavras, o *interdiscurso* é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos. Assim, o interdiscurso é da ordem do saber discursivo, memória afetada pelo esquecimento.

A segunda categoria, o *esquecimento*, é dividido em duas compreensões, esquecimento número dois e número um. De modo geral, o número dois é da ordem da enunciação, a qual produz em nós a impressão da realidade do pensamento e da existência de uma relação direta entre o pensamento, a linguagem e o mundo, estabelecendo uma relação natural entre palavra e coisa. Pensamos que o que dizemos só pode ser dito com aquelas palavras e não com outras, ou seja, julgamos haver uma relação natural entre palavra e coisa. Porém este é um esquecimento semiconscente que produz o modo de dizer e seus sentidos.

O esquecimento número um é da instância do inconsciente e resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia, determinados pela maneira como nos inscrevemos na língua e na história e é por isso que significam. Ou seja, é parte da constituição dos sujeitos e dos sentidos, sendo este um esquecimento ideológico. Isto é, quando nascemos, os discursos já estão em processo e nós é que entramos nesse processo; eles não se originam, portanto, em nós. O sujeito esquece que já foi dito, e esse esquecimento não é voluntário, pois é assim que as palavras adquirem sentido, que significam ao retomarem as já existentes. É desse modo que sentido e sujeito estão constantemente em movimento, significando sempre de muitas e várias maneiras.

A *relação de força* se dá a partir do lugar em que o sujeito fala, o que constitui o que ele diz, permitindo ao sujeito passar da situação (empírica) para a posição (discursiva). Em outras palavras, se o sujeito fala a partir do lugar de paciente, suas palavras significam de modo diferente do que se falasse a partir do lugar de médico. Como a sociedade é constituída por relações hierarquizadas, são as relações de força que sustentam o poder desses diferentes lugares, que se fazem valer na comunicação. Assim, não é o sujeito físico nem os lugares empíricos tais e quais, isto é, como estão inscritos na sociedade, mas o que funciona no discurso. São as imagens que resultam de projeções, e estas é que permitem o sujeito passar das situações empíricas para as posições no discurso. Em outras palavras, o que significa no discurso são as posições em relação ao contexto sócio-histórico e à memória. Então, as condições de produção implicam o que é material – a língua sujeita ao equívoco, ao que é institucional –, a formação social e o mecanismo imaginário.

Por último, por *formação discursiva* entende-se que o sentido não existe em si, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas, as quais permitem compreender o processo de produção dos sentidos, a sua relação com a ideologia e também dão ao analista a possibilidade de estabelecer regularidades no funcionamento do discurso, determinam o que pode e deve ser dito. As palavras mudam, então, de sentido segundo as posições daqueles que as empregam, pois elas retiram seu sentido dessas posições, ou seja, em relação às formações ideológicas nas quais essas posições se inscrevem. Nesse sentido, a formação discursiva se define como aquilo que, numa formação ideológica dada, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica dada, determina o que pode e deve ser dito. O discurso se constitui, portanto, em seu sentido porque aquilo que o sujeito diz se inscreve em uma formação discursiva que, por sua vez, representa no

discurso as formações ideológicas. Assim, podemos dizer que é pela referência à formação discursiva que compreendemos o funcionamento discursivo e seus diferentes sentidos. Ou seja, as palavras iguais podem significar diferentemente, porque se inscrevem em formações discursivas diferentes, pois o sujeito se constitui por uma interpelação que ocorre ideologicamente.

Salientamos que essas quatro categorias foram utilizadas e analisadas a partir dos fragmentos das produções discursivas construídas pelos participantes da pesquisa. Assim, cada caso foi analisado separadamente com o intuito de compreender a discursividade, tendo-se como categorias analíticas o interdiscurso, o esquecimento, a relação de força e a formação discursiva, todas propostas por Orlandi.

Capítulo III

Resultados e discussão

Diante das observações espontâneas realizadas dentro do contexto hospitalar, especificamente, no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), pudemos perceber que as narrativas produzidas pelos pacientes internos no hospital vêm carregadas de muito sofrimento e dor, que pode ser percebida no real do corpo, mas há outros fatores que fazem o paciente alimentar essa dor. Primeiro, eles narram que o tempo parou. Muitos não sabem há quanto tempo estão internos, sequer se é dia ou noite. A orientação do amanhecer e do escurecer vem a partir da programação televisiva. O ambiente é muito frio, as janelas possuem vidros fumês e são bem altas e as luzes estão o tempo todo acesas. Esses fatores podem dificultar um pouco a percepção espacial e temporal dos pacientes.

Contudo, é importante salientar que a temperatura das semi-intensivas precisam ser extremamente frias devido ao mau cheiro das feridas, bem como ao corpo queimado do paciente que, mesmo com todo o cuidado da equipe médica, continua a queimar. Isso porque vai depender do tipo do reagente que ocasionou as feridas: uma queimadura proveniente de querosene, por exemplo, continua a queimar o corpo da vítima mesmo após os primeiros curativos, pois o organismo absorve essa substância com mais facilidade e o efeito dela perdura no corpo.

Essa temperatura também se deve às infecções hospitalares. O frio ameniza um pouco este problema nas semi-intensivas. Para entrar nesse espaço, faz-se necessário colocar o capote, um tipo de bata que cobre 70% do corpo dos visitantes e dos acompanhantes.

Todos esses aspectos observados no ambiente hospitalar são necessários, mas podemos perceber que esse espaço vem marcado pelo princípio da doença, pois, primeiro, tem-se que tratar as feridas e deixar-se ‘um pouco de lado’ o sujeito que sofre. Este precisa ser forte em todos os aspectos para poder sair desse quadro, mas, muitas vezes, ele está tão debilitado, que prefere colocar tudo na mão do destino e ver o que vai acontecer.

No CTQ não há espelho ou qualquer tipo de superfície espelhada. Existem vidros na parte superior das portas bem como nas janelas das semi-intensivas, mas tanto as portas quanto as janelas ficam em uma altura muito elevada, inviabilizando, assim, o acesso imediato do paciente ao seu reflexo. Acreditamos que o espelho pode prejudicar a recuperação de alguns pacientes, principalmente daqueles cujas queimaduras ficam bem expostas na parte superior do corpo, em específico no rosto. O rosto do sujeito refletido no espelho pode levá-lo ao reconhecimento de que aquela imagem é a dele. Assim, um rosto, um braço, um pescoço e os seios queimados refletidos no espelho podem acarretar uma rejeição do paciente à sua imagem refletida, um não reconhecimento de si. No ginásio de fisioterapia há um espelho, mas ele não fica em uma posição acessível aos pacientes.

Observamos também que nenhum dos pacientes, sejam os que estavam internos ou em tratamento de longa duração, não tinham algum tipo de atendimento psicoterapêutico. A única psicóloga que atendia no CTQ se aposentou. O chefe do departamento solicitou à direção geral do hospital outra psicóloga para atender exclusivamente este setor. A demanda é alta, pois há vários casos que precisam ser acompanhados por este profissional, especificamente, aqueles que não se aceitam, que não querem se tratar e os que rejeitam qualquer tipo de apoio, sendo este considerado um momento crítico para o sujeito. Há, portanto, um desamparo no que se refere ao

paciente que precisa ser escutado. Talvez por essa falta, muitos pacientes desistem de viver, porque não há outro que sustente junto a ele esta nova condição: a de uma aparência transformada pelo fogo, ou seja, o corpo queimado.

A partir das produções discursivas construídas pelos pacientes do CTQ sobre a experiência de ser uma vítima de queimaduras severas podemos compreender os sentidos configurados dentro do contexto hospitalar. Assim, os resultados obtidos pelo questionário, pela entrevista e pelas observações serão apresentados da seguinte maneira: cada caso vai ser analisado separadamente com o intuito de demonstrar as suas particularidades e distinções, pois se tratam de depoimentos pessoais diferentes e, por isso, faz-se necessário preservar o caráter singular deles. No capítulo IV, haverá uma síntese extraída dos casos analisados bem como as contribuições e limites desta pesquisa. Assim, os nomes dos participantes foram escolhidos a partir do Dicionário de Mulheres do Brasil (2000). A ideia emergiu da composição dos casos, pois os três participantes são do gênero feminino.

Ida, Augusta e Sancha tiveram papéis sociais importantes na história do Brasil assim como na sociedade pernambucana. Ida foi uma grande educadora e, também, uma das primeiras mulheres a colocar o marido na justiça para pagar pensão alimentícia aos filhos; Augusta foi uma das primeiras mulheres registrada na história de Pernambuco a se graduar na Faculdade de Direito do Recife, tendo um papel relevante na sociedade recifense; por último, Sancha nasceu no engenho próximo ao Recife e fez parte da resistência do povo pernambucano ao domínio holandês, o que a fez ser imortalizada pelos escritores românticos da época, que escreviam poemas inspirados nela.

O marcador que é considerado para nortear e direcionar a nossa análise foi a representação que o sujeito faz sobre seu corpo, ou seja, **a ideia do corpo sentido** (Nasio, 2009). Lembramos agora que, quando tratamos da relação eu-corpo, realçamos

que o eu, enquanto corpo sentido, remete à noção de eu denominada por Freud (1914/2004), a de “*eu corporal*”. Lembramos, ainda, que a constituição desse eu corporal é tecida através dos órgãos dos sentidos, cujas impressões e marcas contribuem para a formação de uma unidade corporal, que permitirá ao sujeito “experienciar” o limite do corpo, conseqüentemente, do eu. Logo, o eu corporal se refere à formação de um corpo integrado para o sujeito que, ao mesmo tempo, coincide com a formação do seu eu. Dessa forma, a construção da noção do eu e a noção do corpo unificado são as duas faces da mesma realidade. Ou seja, o eu implica habitar um corpo unificado, pois remete à noção de ser um, uno, eu, matéria, corpo que sente que se inscreve no espaço, no mundo e na história. Dessa forma, apenas os fragmentos que articulam essa experiência do corpo sentido foram analisados com a intenção de evidenciar o posicionamento do sujeito diante do evento traumático.

1. Caso Ida

Ida, na época da entrevista, estava com vinte oito anos de idade, é casada, natural de outro estado do Nordeste, residente no interior de Pernambuco. Não concluiu o ensino básico, ficou no ensino fundamental II. Tem uma filha de nove anos de idade.

A pesquisadora foi até a recepção da clínica de fisioterapia do HR para convidá-la a participar da pesquisa, e ela se propôs logo a colaborar. Então, Ida foi conduzida pela pesquisadora até o local reservado para a realização das entrevistas com os participantes que se disponibilizaram a contribuir com a pesquisa. Ida ficou sentada na maca, olhando para a pesquisadora e, ao mesmo tempo, denunciando preocupação com as horas. Esse comportamento ficou presente durante todo o tempo de realização do questionário e da entrevista.

Nosso encontro para a aplicação do questionário e da entrevista ocorreu numa terça-feira à tarde e durou aproximadamente vinte e um minutos. Logo no início, ela salientou que estava com o tempo um pouco apertado, porque o seu marido já estava a caminho para vir buscá-la no hospital. Devido a essa espera, Ida ficava sempre preocupada com as horas a fim de não fazer seu marido esperar.

Ida foi vítima de um acidente doméstico. Uma lata de tiner estava em uma prateleira da cozinha, bem próxima ao fogão. A lata virou em cima dela, na parte superior do seu corpo. O fogão estava aceso, pois ela estava fazendo o café. O fogo inflamou o tiner e, por conseguinte, o seu corpo ficou em chamas. Ida teve 60% do seu corpo queimado, e as queimaduras foram de segundo e terceiro graus. O seu marido, desesperado, socorreu-a rapidamente e levou-a até o HR. Ida se recorda de que, quando estava a caminho do hospital, em pleno meio dia, havia um trânsito intenso. Um motoqueiro, ao deparar-se com a cena dentro do carro, ficou muito sensibilizado e começou a abrir passagem entre os carros para viabilizar mais rápido o acesso dela ao hospital.

As partes mais afetadas pela queimadura foram pescoço, seios, braços, barriga, mãos e parte das pernas. No momento da pesquisa, havia retrações musculares, principalmente, no pescoço. Devido a isso, ela estava fazendo uso de um colar específico para o alongamento. Também estava usando luvas especiais para a estruturação da pele após os ferimentos da queimadura.

Essas peças usadas pelos pacientes – como colar, luva, meia, colete e cinta – são chamadas de roupas elásticas. São roupas especiais usadas quase que continuamente por até dois anos, pois reduzem as cicatrizes. O indivíduo necessita de reavaliação regularmente para os reajustes no tamanho e forma da roupa, pois a pessoa cresce e/ou ganha peso. As roupas são compradas pelos próprios pacientes. Se a roupa for ajustada

sobre uma área côncava – por exemplo, uma luva sobre a palma da mão –, pode ser moldada com silicone para ajustar-se àquela parte do corpo a fim de pressioná-la. Essa pressão resultará em cicatrizes planas e maleáveis, na dessensibilização e proteção das cicatrizes assim como no alívio do prurido.

Ida estava maquiada, vestida de calça jeans e blusa branca, sandália tipo “Anabela”, cabelos arrumados, unhas feitas e pintadas, falava baixo. Podia-se perceber que é uma mulher vaidosa. Ao narrar a sua história de vida, ela se remete à vida que tinha antes do acidente: trabalhava fora de casa, cuidava da filha e da casa. Mas, depois do acidente, ficou impossibilitada de exercer as atividades cotidianas. Ela se recorda de que, no dia do incidente, estava muito feliz porque ia se mudar para uma casa nova, mudança que foi adiada, pois ficou dois meses no hospital. Quando recebeu alta, pôde ir para a tão desejada casa, mas, pouco tempo depois, teve que retornar ao HR para ficar mais um mês, pois as feridas do seu corpo haviam se rompido novamente devido ao clima quente. Segundo ela, essa volta ao hospital foi de mais sofrimento, porque não queria vivenciar novamente as práticas hospitalares. Não suportava mais fazer os curativos sobre narcose, principalmente, porque estava sozinha, sem acompanhante. Conta que, no primeiro internamento, teve direito à acompanhante, mas, no segundo, não. Por conta de tudo que passou e do que estava passando, Ida chorava dia e noite querendo ir para casa.

Hoje em dia, ela não trabalha mais. Antes do acidente ela trabalhava em um *pet shop*, agora é uma mulher dependente do marido, tanto financeiramente quanto na realização das atividades domésticas. Devido ao acidente, a renda familiar diminuiu, ficando entre um e três salários mínimos. Após o acidente, diz ela, não faz mais questão de sair de casa para divertir-se, pois as pessoas sempre perguntam o que lhe aconteceu,

o que a incomoda bastante. Não se sente, pois, à vontade, porque sofre preconceito por conta de sua aparência.

O discurso narrativo produzido por Ida revela uma posição na relação dela com seu corpo, ou seja, ela descreve a experiência sentida no real do corpo e, dessa forma, esse discurso pode ser compreendido como a autorrepresentação que supõe a presença do exterior e a separação desse exterior pelo qual o eu se refere a si mesmo (Freud 1914/2004). Essa relação eu-corpo pode ser observada nos seguintes fragmentos de fala entre a pesquisadora e Ida:

(4min.15seg) – Ida : “Ah, é sim. Seria muito bom pra mim ir pra lá nesse momento, né, porque lá não é quente, em São Paulo a água é fria. ***Aí aqui é quente pra mim, não aguento ficar muito na quentura***, né. Era bom passar um tempo lá nesse momento, mas agora eu tô aqui.

Pesquisadora: E que momento é esse que tu estás se remetendo? Que momento é esse... Como assim? Eu não entendi.

Ida: O momento que eu falei?

Pesquisadora: Sim, que tu falaste “no momento era bom eu tá lá, mas agora eu tô aqui”.

Ida: Porque lá é mais frio, aí ia ser bom pra mim, né, que ***eu não ia suportar tanta quentura que nem eu suporte aqui. Aqui é muito quente, né, eu não consigo sair na rua aqui***, só se for de carro, durante... Como é que se diz? ***Eu não posso sair essa hora*** (olha para o relógio, eram 14h45min) assim, né, sozinha, na rua, só se for de carro, entendeu?

Pesquisadora: Sim.

Ida: E lá, como lá é muito frio, eu poderia sair assim sozinha, né, ser independente, sair sozinha, resolver minhas coisas sozinha, aqui ***eu sou totalmente inútil***, né, eu me acho às vezes.

Pesquisadora: Tu se acha inútil?

Ida: Eu me acho, porque tudo eu dependo de uma pessoa. Agora mesmo eu podia tá em casa, só que eu tô esperando meu esposo vir me buscar por ***causa da quentura que eu sinto minha pele queimar muito***.

Pesquisadora: Tu sente tua pele queimar muito?

Ida: Muito.

Pesquisadora: E qual a sensação assim? Aquele calor, né, grande.

Ida: ***É aquela quentura que parece que seu corpo está queimando.*** Agora que eu tô passando luta.

Pesquisadora: E que luta é essa que tu tá passando?

Ida: Luta ***é preconceito dos outros, o pessoal olha muito, fica perguntando como foi, quanto tempo e isso incomoda a pessoa***, né. É essa luta que eu tô passando. Às vezes, o pessoal... bora! Me chama pra sair. ***Eu tenho vergonha de sair, prefiro ficar mais em casa, reservada em casa (grifo nosso).***

Ida revela, na sua narrativa, certo desconforto com a sua aparência física ao precisar expor o seu corpo ao meio social. O comportamento dela, de querer ficar em casa para não se expor, pode causar um obstáculo à sua reabilitação social assim como se torna uma fonte de sofrimento psíquico (Costa et al. 2010). As suas cicatrizes localizam-se em áreas mais visíveis do corpo: rosto, pescoço, braços e uma parte do busto, ou seja, partes culturalmente mais valorizadas, o que pode implicar comprometimento na qualidade de vida dela (Ferreira, 2006, p. 6). O corpo modificado pela queimadura passa a ser avaliado de maneira negativa pelo outros, por isso pode ocasionar preconceitos em relação à sua aparência. Ou seja, o corpo que não aguenta, não suporta e que é inútil sofre preconceito após as queimaduras.

Dessa forma, a relação eu-corpo de Ida se inscreve no espaço, no mundo e na história, marcada pelo preconceito de ser uma vítima de queimadura (Birman, 1999). O eu enquanto um corpo sentido se presentifica na pele. A pele de Ida vem imbuída de demarcações entre o dentro e o fora; ela sente a pele queimar e, ao mesmo tempo, a pele dela revela as deformações para o outro. Ou seja, a pele queimada se torna a denúncia mais pública para ela (Bastos, 2005). É através da pele sentida que ela revela a dor de ser queimado, pois a pele é responsável por introduzir o ser humano no complexo

mundo das sensações e das percepções. Isto é, a pele é o limite que separa e a diferença (Anzieu, 1989).

A discursividade de Ida vem ancorada na *formação discursiva* do corpo inútil, de um corpo não produtivo e que gera preconceito, pois as pessoas a observam com um olhar que a incomoda, perguntam sobre o fato ocorrido no seu corpo, e isso a faz sentir vergonha do outro. As narrativas produzidas por Ida revelam, então, que a sociedade contemporânea visa ao corpo belo, um corpo produtivo e que goze da performance mais satisfatória, principalmente no trabalho. O discurso-narrativo dela denuncia o *esquecimento ideológico* sobre o culto ao corpo perfeito, sobre o contexto sócio-histórico atual, isto é, remete-nos à indústria do culto ao corpo que sugere o que devemos fazer para tornar o nosso corpo perfeito, um modelo que se espera no mundo social. O corpo contemporâneo precisa ser modelado, ampliado, ajustado, modificado e, até mesmo, “criado” (Dantas, 2011).

Isso nos revela outra *formação discursiva* que Ida produz na sua narrativa, a qual vem ancorada na ideia de um corpo que luta. Luta para ter novamente os movimentos de outrora, luta para ter a vida que tinha antes do acidente, luta para se enquadrar no meio social, luta para não ser um corpo dependente de outro. Ela afirma que, ***“eu poderia sair assim sozinha, né, ser independente, sair sozinha, resolver minhas coisas sozinha, aqui eu sou totalmente inútil, né, eu me acho às vezes”***.

É nesse contexto hospitalar que Ida produz sentidos acerca de uma pele marcada em decorrência das queimaduras sofridas e constrói a percepção que tem dela mesma: um corpo inútil, que não pode exercer as mesmas funções de outrora e que precisa de outra pessoa para ajudá-la na execução das tarefas cotidianas. Ela percebe, então, que seu corpo não se enquadra mais nos padrões sociais. Em decorrência dessa percepção, ela reproduz um comportamento: o de se excluir do contexto social. É o que

se pode perceber em “***eu tenho vergonha de sair, prefiro ficar mais em casa, reservada em casa***”.

Ao narrar o evento traumático, Ida organiza a sua história de vida. O fato de recordar a água fria das praias de São Paulo, por exemplo, leva-a a construir outros sentidos sobre a temperatura, tanto do corpo quanto do ambiente. É justamente nessa ruptura, promovida pela quebra do corpo perfeito, que ela relata a sua experiência sentida e vivida no seu corpo (Bruner, 1998-1997). Assim, o discurso-narrativo dela nos mostra um eu perceptivo que imprime a ideia de como ela se percebe diante do evento traumático. Ao lembrar-se da situação que ocasionou as queimaduras, ela revela a sua posição discursiva, o lugar que ela pode assumir para falar do seu sofrimento. Isso fica evidente no seguinte recorte:

(7min:29seg) - Ida: “...Tava aceso, eu tava fazendo café. ***O fogo subiu em cima de mim***, aí ***eu fiquei pedindo socorro***. Ninguém estava escutando, a minha vizinha estava com o som ligado. Aí, quando o meu esposo veio, viu, né, ele ficou desesperado sem saber... ***eu já tinha corrido*** pro banheiro pra tentar apagar o fogo e nada. ***Tentei correr pra área de serviço pra não morrer ali***, que ***eu sabia que ia morrer***, que ***eu tava bastante queimada***, foi na hora que ***eu pensei na minha filha***, gritei o nome do senhor, eu disse “meu Deus, minha filha, senhor”, pedi pra ele me salvar, né. Aí foi quando meu esposo pegou o lençol e ***jogou em cima de mim***, apagou o fogo. Aí eu digo: quem me salvou foi Deus” (***grifo nosso***).

Ida, ao se recordar do evento traumático do acidente, anuncia e descreve com detalhes a sensação das chamas no seu corpo. A representação do corpo que queima, corre, tenta, sabe e pensa leva-a a posicionar-se diante da experiência de ser queimada. O ato de recordar esse episódio de sua vida nos remete ao *esquecimento* da ordem da enunciação, pois ela precisou esquecer para poder recordar este evento. Desse modo, ela produz uma impressão da sua realidade, pois há uma relação direta entre pensamento, linguagem e mundo (Orlandi, 2009). Assim, podemos interpretar que o fogo, atraído pelo tiner, imprime a ideia de que ele foi jogado no seu corpo: “***O fogo subiu em cima***

de mim”. Isso está dito no não dito, do mesmo modo que as chamadas que subiam no corpo inviabilizavam a sua salvação: “*eu sabia que ia morrer*”. Percebemos, então, que Ida, ao se remeter à certeza de que iria morrer, assume uma posição do eu enquanto uma instância perceptiva que se refere ao metapsicológico, no qual o eu é a superfície perceptiva do aparelho psíquico destinado a tratar das excitações provenientes do mundo exterior, e aquelas, provenientes do inconsciente (Nasio, 2009).

Podemos dizer que a “salvação” vem apoiada na ideologia religiosa: na hora da possível morte, Ida invoca Deus. Essa *formação discursiva* está pautada também na ideologia relativa à responsabilidade de criar os filhos. Isso pode ser observado no fato de, diante da iminência de morte, Ida lembrar-se da filha e pedir a Deus para não morrer. Nesse apelo emerge a posição de mãe, à qual é atribuída a responsabilidade maior de, primeiro, criar seus filhos para, depois, poder morrer.

As posições ideológicas de Ida revelam o processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas, ou seja, as palavras mudam de sentido diante das posições em que elas são empregadas. Dessa forma, a *relação de força* que Ida estabelece é a do lugar de mãe, ou seja, a discursividade que ela produz advém do papel social que desempenha: a da mãe que cuida da casa, faz o café e pensa na filha. É essa trama discursiva, são essas condições de produção de sentido que estão presentes no processo de identificação de Ida. Ela se inscreve, discursivamente, no papel de mãe.

A condição de produção do sentido em Ida vem ancorada no discurso da morte, do paciente que precisa lutar para não morrer, para não ficar pior, para sobreviver. Dessa forma, o *interdiscurso* revela a ideologia da religião, da ideia de que só Deus pode salvá-la da morte. É na tomada de consciência da posição de mãe, ao se lembrar da filha, que ela solicita a Deus ajuda, pois, na cultura ocidental, Deus é representado como a mais poderosa divindade. Assim, diante da impossibilidade de ser salva, das diversas

tentativas fracassadas de apagar o fogo que tomava seu corpo, ela recorre a Deus, lembrando-lhe que é mãe. Roga-lhe que salve não a pessoa ou a mulher, mas a mãe, pois crê que apenas um pedido de mãe pode fazer o milagre de apagar o fogo em seu corpo. Esse pedido de Ida revela que seu desejo de escapar da morte advinha da preocupação com o destino da filha, com a criação, educação e proteção de sua filha. Ela reproduz, assim, o discurso segundo o qual os pais têm que garantir aos seus filhos a educação e o cuidado com a sobrevivência deles. É nessa formulação das ideologias que ela constrói o sentido sobre o incidente.

Em suas narrativas, Ida nos mostra a relação dela com o corpo, uma relação que vem sendo construída a partir da sua possibilidade de falar sobre a própria dor. É nessa dor no corpo queimado que ela produz sentido sobre sua existência corpórea, articulando a sua dor e o seu sofrimento com a necessidade do outro: ***“O fogo subiu em cima de mim, aí eu fiquei pedindo socorro. Ninguém estava escutando. A minha vizinha estava com o som ligado”***.

Em seu relato Ida revela, ainda, a sensação do seu sofrimento, o sentimento de impossibilidade de se cuidar e de precisar de outra pessoa para ajudá-la na sua locomoção. Isso pode ser observado no trecho abaixo:

(12min:16seg) – Ida: “// ***De tanta dor.// Tanta dor. Sofri muita dor.*** Às vezes tinha umas enfermeiras ótimas, tem outras que era umas enfermeiras ruins, maltratava a gente no tratamento, umas eram um amor, outras eram ignorantes. ***Eu não podia me levantar sozinha da cama, sempre precisava de uma pessoa pra me ajudar***” (grifo nosso).

Assim, Ida ressalta as suas dificuldades na execução das atividades físicas provenientes das retrações teciduais e musculares após as queimaduras, bem como as dores e o processo de cicatrização: ***“eu não podia me levantar sozinha da cama,***

sempre precisava de uma pessoa pra me ajudar”. Podemos entender que a experiência dolorosa de ser queimada inviabilizou, de certa maneira, a sua reabilitação, por conseguinte, o seu bem-estar (Ferreira, 2006). Em “*Sofri muita dor*”, compreendemos que ela se remete a sua noção do eu corporal, o corpo sentido que cria o alicerce para a formação do seu eu e que exerce a função de articular a sua intersubjetividade, o seu biológico e a cultura em que está inserida, pois foi dessa maneira que ela pôde ordenar as sensações advindas do corpo. Esse é o primeiro passo para que essas sensações sejam nomeadas, representadas e narradas (Nasio, 2009). O corpo queimado de Ida é marcado pelo sofrimento, construído na sua discursividade, pois é justamente no real do corpo que ela narra a sua experiência dolorosa: “//*De tanta dor.// Tanta dor*”; “*estourou todinho meu corpo de novo*” (fragmento de fala abaixo transcrito). Assim, ela não consegue dizer algo a respeito de seu sofrimento, apenas se queixa de suas dores corporais (Lazzarini, 2006).

O diálogo que estabelece com a pesquisadora retrata as suas experiências com o evento, bem como as aspirações futuras sobre sua reabilitação. O tempo entre o passado e o futuro foi construído no momento da entrevista (Gonçalves, 1997). Podemos visualizar este fluxo temporal dos acontecimentos no seguinte diálogo:

(12min: 35seg) – Pesquisadora: “Quando tu voltaste, de novo, voltaste por motivo de infecção, não foi? E essa infecção, como foi, assim, foi por causa de quê?”

Ida: Quentura, aí *estourou todinho meu corpo de novo*.

Pesquisadora: Aí como foi essa volta de novo, pra passar um mês? Você sozinha dessa vez, né?

Ida: Muita luta, né. *Eu chorava muito, eu achei que ia morrer, eu fiquei em depressão*, esse mês que eu passei aqui. *Chorava muito, eu fiquei desesperada*, via doutor (diz o nome do médico) aí pra receber alta, se não me desse alta, eu ia assinar e ir embora. Me deu alta. Fui pra casa, cheguei em casa, passei o melhor dia da minha vida, *pra cicatrizar que tava tudo ferido ainda na pele*. Graças a Deus eu tô aqui, né, graças ao Pai, e é graças a ele que *eu vou ficar muito melhor* do que estou, né, aqui.

Pesquisadora: E a volta pra casa como foi? Depois desse outro também, né, você tinha ido...

Ida: A volta pra casa assim, sabe, foi bom e foi triste porque eu não podia curtir minha casa, né, minha casa nova, eu não podia curtir porque ***eu não tava podendo fazer nada. Era muita dor, eu queria tomar um banho no chuveiro, não podia, queria cuidar da minha filha, não podia cuidar da minha filha.*** Foi uma luta, mas ***eu tô aqui conseguindo, né. Tô conseguindo fazer minhas coisas em casa, tô conseguindo me ajeitar, né, só não tô conseguindo sair pra resolver minhas coisas, trabalhar, andar no sol, que é bom, ir à praia, né (grifo nosso).***

A discursividade estabelecida nas narrativas de Ida revela o deslocamento metafórico sobre sua experiência de ser queimado. O relato do seu sofrimento diante do seu corpo queimado demonstra o que permanece, o que se fixa no seu discurso-narrativo, mas, ao mesmo tempo, o enredo e o contexto em que a história é contada revelam a polissemia das palavras produzidas por ela. É nesse jogo de rupturas entre ***“eu chorava muito / eu achei que ia morrer / eu fiquei em depressão / eu fiquei desesperada”*** que Ida se inscreve no mundo enquanto uma vítima de queimaduras severas. Podemos perceber que o deslocamento acontece quando ela vai se recordando dos eventos passados e, simultaneamente, vai enunciando possibilidades para o futuro: ***“eu vou ficar muito melhor / eu não tava podendo fazer nada / eu tô conseguindo fazer minhas coisas em casa, tô conseguindo me ajeitar, né, só não tô conseguindo sair pra resolver minhas coisas, trabalhar, andar no sol, que é bom, ir à praia, né”***.

Assim, Ida vai revelando as suas posições discursivas em relação ao seu corpo e, ao mesmo tempo, vai desvelando as *formações ideológicas* da religião e da família, que estão presentes nas suas narrativas. Historicamente, é importante entender que a religião ocupa um espaço central na sociedade, pois é um sistema de crenças que exerce influência significativa na vida e na salvação das ações das pessoas, através de suas orientações, regras e dogmas. Dessa forma, ela dialoga com outros domínios da vida social como a família, o trabalho e a economia, entre outros (Lopes, Lopes, Oliveira &

Silva, 2011). É nessa ideologia religiosa que Ida se ancora para produzir sentidos dentro do contexto hospitalar.

2. Caso Augusta

Augusta, no momento da realização da pesquisa, estava com oitenta e seis anos de idade. Há mais de trinta e dois anos é viúva. Teve nove filhos, mas quatro deles nasceram mortos. Dentre os que estão vivos, há duas mulheres e três homens. Não concluiu o ensino básico, só o fundamental I. Sempre foi doméstica e recebe uma pensão de um salário mínimo por mês. Desde que ficou viúva e terminou de criar os filhos, mora sozinha numa casa na região metropolitana. Filha de um fazendeiro que tinha terras no interior de Pernambuco, ela nasceu e foi criada nesse ambiente até o seu casamento.

Ao narrar sua história de vida, Augusta se recorda da época em que tinha quatro anos de idade, quando perdeu o olho direito devido a uma conjuntivite, antes conhecida como “doença dos olhos”. Ela diz que a mãe, para tratar da conjuntivite da filha, foi ao “mato”, colheu umas ervas, voltou para casa, pilou as ervas, misturou-as a um pouco de água e lavou os olhos da menina. Durante a madrugada, conta Augusta, ela acordou a mãe gritando de dor. A mãe olhou para o rosto da filha e percebeu que seu olho havia “saído do rosto”. Desesperado, o pai de Augusta montou no seu cavalo e colocou-a na sua frente para levá-la ao centro da cidade a fim de ser consultada por um médico. Ao chegar ao consultório, Augusta foi avaliada e trazida ao Recife para ser interna com urgência no intuito de retirar o restante do olho direito.

Augusta narra a sua história de vida com muito sofrimento, sempre se lamentando das coisas que aconteceram. Diz que, ainda jovem, casou, mas que esse

casamento não foi bom para ela, pois seu marido era muito ignorante e a maltratava. Revela que foi um alívio quando ele morreu.

Anos passaram até o acidente que resultou no seu pé esquerdo queimado. Ela afirma ser culpada pelo acidente. Diz que foi tirar de cima do fogão uma vasilha em chamas, a qual salpicava óleo quente por toda a cozinha. O medo foi tão grande que ela não se deu conta de que seu pé estava queimando. Esse acidente a fez, junto com a filha, peregrinar por três UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) diferentes, ser avaliada por três médicos e ouvir de todos o mesmo parecer: “Isso não é nada”. Conta que eles prescreveram medicamentos e mandaram-na para casa. Mas a dor era tão grande, que ela não conseguia mais andar. Por conta disso, uma vizinha, vendo a situação da velha senhora, falou sobre o médico que trata de queimaduras graves no HR.

No dia seguinte, bem cedo, ela, a filha, a vizinha e seu genro foram de automóvel até o hospital. Quando o médico do HR viu a receita dos três colegas, o que havia acontecido com Augusta e seu sofrimento, se emocionou, disse que o fato ocorrido com ela é algo muito sério que poderia ser um caso de justiça, porque o que os outros médicos fizeram não se faz com ninguém. Imediatamente, Augusta foi interna para submeter-se aos primeiros procedimentos, pois se tratava de queimadura de terceiro grau. Ela narra que sofreu muito e perdeu peso rapidamente. No momento da entrevista, ela estava andando e fazia alguns meses que havia recebido alta do hospital.

Augusta estava na recepção da clínica com a sua filha, esperando ser chamada para a sessão de fisioterapia. A pesquisadora foi à recepção para convidá-la a participar da pesquisa. A mesma se interessou em colaborar. Deixou sua filha na recepção e acompanhou a pesquisadora. A pesquisadora conduziu Augusta, de braços dados, até o espaço da entrevista. Ela preferiu ficar deitada na maca e, ao seu lado, em pé, ficou a pesquisadora. Augusta vestia uma saia bege e uma blusa estampada de flores, calçava

uma sandália rasteira e usava óculos de grau. Ela é uma senhora magra, de cabelos grisalhos, de fala baixa. Demonstra ser uma pessoa de temperamento calmo. A entrevista e o questionário foram aplicados numa quinta-feira à tarde e duraram 32min: 58seg.

Diante da história de vida de Augusta, lembramos Safra (2006), para quem não só vivemos na história, mas somos histórias presentificadas, pois o momento é uma pororoca entre o presente, o passado e o futuro. E tanto o passado como o sonho do futuro são fundamentais para que uma pessoa possa sentir-se real e para que a sua dor ou sofrimento posicionem-se como passagens. Assim, a concepção do eu implica habitar um corpo unificado, pois remete à noção de ser um, uno, eu, matéria, corpo que se inscreve no espaço, no mundo e na história. Ou seja, podemos entender que o corpo é o próprio eu, a primeira pessoa do singular, eu (Birman, 1999).

Ouvindo o relato de Augusta sobre a experiência de ser queimada, um dos primeiros fatos que podemos destacar é o de a assistência inicial ter sido precária, o que resultou em dias de sofrimento até ela chegar ao CTQ-HR. Cabe esclarecer aqui que a melhor cicatrização da ferida implica um tempo hábil de assistência à vítima de queimaduras e a complicações mínimas, pois isso é fundamental para sua recuperação (Rossi et al., 2010). Porém, no caso de Augusta, isso não aconteceu nos primeiros atendimentos. O pé queimado denota uma trajetória de peregrinação marcada por sofrimento e dor, pois as queimaduras, além de terem causado danos aos tecidos da pele, prejudicaram também o seu equilíbrio corporal (Medeiros et al., 2010). Isso fica evidente no seguinte diálogo com a pesquisadora:

(4min: 13seg) - Augusta: “Aí ele me levou lá pra (diz o nome da cidade próxima). Quando chegou lá, o médico **olhou pro meu pé** e disse “Isso né nada de mais não”. Passou num sei o que foi lá, pra colocar em casa, né. Aí foi uma moça lá que eu não conheço, deve ser enfermeira, né? Foi, botou um remédio lá e enrolou o pano, né. Vim

pra casa, **passei a noite todinha chorando e gemendo** em casa. Quando foi no outro dia o vizinho disse assim: “Leve ela pra UPA”, outro, né... né UPA?

Pesquisadora: UPA.

Augusta: São três, né. É que não sei falar essas coisas. Lá vai pro segundo. Quando chegou lá, o médico olhou e disse, falou a mesma coisa: “Né nada de mais não. Isso aí você vai passar um líquido, um olhinho.” Mas o nome eu não sei não. Aí passou... passou óleo, a mocinha e, e... como é que diz? **Enfaixou** //

Pesquisadora: // enfaixou //

Augusta: Aí passei dois dias em casa de novo. Aí já vai eu pro terceiro, em (diz um nome de um bairro).

Pesquisadora: Terceira UPA?

Augusta: Terceira UPA. Oie **por isso que tô sofrendo**. Em vez do primeiro, (repete o nome da cidade próxima), me enviar pra esse hospital, pra esse aqui né.

Pesquisadora: Pro HR.

Augusta: Hã? Pra esse hospital, como é o nome desse hospital?

Pesquisadora: HR. Hospital da Restauração.

Augusta: Sim, isso aí, eu não compreendo nada aqui. Sim, invece dele me enviar, enviar, não, como é que fala?

Pesquisadora: Encaminhar.

Augusta: Encaminhar praqui, não, é que eu não sei falar direito né. (risos)

Pesquisadora: Nem se preocupe.

Augusta: Aí qual era o deles? Falar, encaminhar praqui na hora, né. Né, minha filha? **Eu já estava boa, boa não, melhor**, né. Mas minha fia, quando foi no terceiro, de lá mesmo nós fomos pra... pro hospital, né, fazer aquele atendimento, aquele atendimento, né, que vai fazendo. Aí minha fia, a vizinha da... a vizinha da, a vizinha da mãe da minha neta, aí ligou pra (diz o nome da filha), né. Na mesma hora (repete o nome da filha) ligou pra ela, aí a moça falou assim: “Oie, dona (nome da filha), venha aqui amanhã cedinho, de 6h esteja aqui com a sua mãe. De 6h nós chegamos lá, de frente da casa dela. Ôxe, minha filha, fomos... ela pegou o carro, né, com meu genro, né, eu e a minha filha e viemos aqui falar com esse médico. Aí, quando **eu subi**, minha filha, que o médico chegou, que **me viu, a lágrima desceu no olho do médico**. Sabe qual é o médico?” (**grifo nosso**).

A discursividade de Augusta sobre a peregrinação em busca de atendimento médico também nos revela o discurso social acerca da assistência pública de saúde no Brasil, especificamente, no que diz respeito ao despreparo médico diante do

atendimento à vítima de queimaduras severas. Podemos dizer que o sentido produzido por ela apoia a *formação discursiva* de que a saúde pública é precária: “***terceira UPA. Oie, por isso que tô sofrendo. Em vez do primeiro (repete o nome da cidade próxima) me enviar pra esse hospital, pra esse aqui, né***”.

Para melhor compreendermos o discurso-narrativo de Augusta sobre essa precariedade, é importante retomarmos as ideologias subjacentes à formação do SUS (Sistema Único de Saúde) e, por conseguinte, das UPAs. Num primeiro momento da institucionalização do campo médico, a higiene aparece enquanto um conjunto de normas e preceitos a ser aplicado do ponto de vista individual. Esse discurso vinha pautado na tese da boa saúde, sendo colocado na esfera moral. Por outro lado, as propostas de uma política médica estabelecem a responsabilidade do Estado enquanto definidor de leis e regulamentos referentes à saúde coletiva, remetendo os discursos e as práticas de saúde a uma instância política jurídica. Assim, no Brasil, no período dos anos oitenta e noventa, a Constituição propõe um sistema de reordenamento setorial na saúde individual e coletiva. Daí surgem as discussões sobre saúde coletiva e a implementação da configuração do SUS (Sistema Único de Saúde).

Nesse contexto histórico, aparece o debate sobre a formação dos profissionais da área de saúde como um todo. Esse debate vem procurar uma maior integração entre a formação dos profissionais e o SUS, buscando dar ênfase às necessidades sociais de saúde. Assim, os cursos de medicina deveriam formar profissionais generalistas e humanistas com capacidade crítica e reflexiva sobre sua prática e o meio no qual ela se insere (Siqueira, 2010). Mas, na atualidade, percebemos que a formação generalista dos profissionais na área de saúde ainda está precária em relação às demandas que surgem no âmbito social, pois percebemos que há um despreparo técnico, especificamente no que tange ao atendimento a vítimas de queimaduras graves. Cabe lembrar aqui que

esse tipo de acidente é a terceira causa de morte no mundo (Rempel et al., 2011; Ferreira, 2006; Black & Matassarín-Jacobs, 1996). Isso significa dizer que os profissionais que trabalham no âmbito da saúde pública e coletiva precisam estar mais bem preparados para atender esse tipo de urgência, vital para a recuperação do paciente.

É esse despreparo que as narrativas produzidas por Augusta denunciam: “***São três, né? É que não sei falar essas coisas. Lá vai pro segundo, quando chegou lá o médico olhou e disse, falou a mesma coisa, “né nada de mais não. Isso aí você vai passar um líquido, um olhinho (mas o nome eu não sei não), aí passou... passou óleo, a mocinha e, e... como é que diz? Enfaixou/”***”.

É no diálogo estabelecido com a pesquisadora que Augusta vai produzindo sentidos sobre a *formação discursiva* de um corpo marcado por negligências médicas. Dessa maneira, ao falar sobre esse episódio de sua vida, ela tem a possibilidade de ressignificar esse evento, pois a narrativa propiciou uma reflexão sobre si e uma reconstrução da relação eu-corpo marcado também agora pelo incidente (Mishler, 2002). Ou seja, o ato de narrar o vivido endereçado a um outro se constitui como experiência que, posteriormente, em outro contexto, vai produzir outros sentidos sobre este evento (De Conti, 2004). Dessa forma, ela vai se posicionando diante de um corpo impossibilitado de realizar as suas necessidades mais básicas. Isso está presente no seguinte recorte:

(8min: 14seg) Augusta: “Intão, devia ser... “Ela tem que ser internada agora!” Graças a Deus minha fia, na mesma hora ***eu fui internada. Passei 15 dias na cama do hospital internada, sofri, viu. Não comi nada, minha filha.*** Dessas que vinha bem pequeninha, né, M. (diz o nome da filha) ***botava na minha língua não descia, botava na minha boca não descia, jogava, assim, sabe.*** Olhe ***eu emagreci não sei quantos... ah mais de 10 kg, minha filha, eu emagreci, não comi nada***, ela é quem sabe quanto perdi. Aí no banheiro ela me encostava, ela é gorda, né, ***ela me encostava aqui no meu seio, nos dela. Fiquei com isso aqui*** (aponta para a região dos seios), até ontem-ontem, só que não podia tocar, mas ***hoje tô melhor um pouquinho.*** A força né, ***que ela fazia né, em mim, lá no banheiro, né.*** Ela me dava banho no banheiro, ***fazia... defecava lá, urinava***, aí pouco a pouco ***eu comecei a andar, antes de eu andar, ela trazia aquela peça***, sabe qual é a peça?” (***grifo nosso***).

Na narrativa apresentada por Augusta, podemos perceber que ela, quando se refere a si mesma, se coloca na posição identitária do eu: “***eu fui internada. Passei 15 dias na cama do hospital internada, sofri, viu. Não comia nada, minha filha. / eu emagreci não sei quantos... ah mais de 10 kg, minha filha, eu emagreci, não comi nada / eu comecei a andar, antes de eu andar, ela trazia aquela peça, sabe qual é a peça?***”. É possível observar que há um deslocamento de Augusta através do tempo verbal: **fui / emagreci / comecei / fiquei / Passei / fazia**. Esses termos trazem a ideia de um corpo em movimento. O eu identitário possui, então, a função de diferenciar e distinguir um sujeito do outro, ou seja, sentir, viver e ver o corpo em movimento proporciona à Augusta a certeza imediata de ser ela mesma (Nasio, 2009).

Assim, ao enunciar as lembranças sobre o período em que ficou interna, ela compõe, segundo Orlandi (2009), o *esquecimento da enunciação*, pois este é um esquecimento parcial, semiconsciente e quase sempre voltamos a ele para relatar algum evento de nossa história. Então, compreendemos que o eu identitário vem apoiado também no *esquecimento da enunciação*, pois ele não é lembrado o tempo todo, é esquecido para poder fazer sentido sobre a experiência traumática. O *interdiscurso* vem na ordem da memória afetada pelo esquecimento, pois ela precisou esquecer o evento da internação, para poder recordar, no momento da entrevista, o sofrimento que viveu com seu corpo.

Compreendemos, então, que a *relação de força* estabelecida, quando Augusta narra a sua história, revela o lugar de filha, no qual a fala dos pais vale mais do que a do filho, pois ela, ao narrar o evento traumático, coloca a sua filha no lugar do cuidador, daquela que protege, alimenta e sabe sobre seu corpo: “***ela é quem sabe quanto perdi***”. Isso remete à ideia de ser mãe da mãe. Ou seja, é do lugar de filha que ela fala. A filha que precisa ser cuidada e amada pelos seus pais. Essa projeção permite a Augusta passar

da situação empírica (de ser uma paciente) para uma posição discursiva (de ser filha) (Orlandi, 2009). É apoiada nessa *formação discursiva* de um corpo cuidado pela filha que ela nos revela que é tão bem cuidada que a machuca fisicamente: machuca para não ser mais negligenciado, marcado ou mutilado. Esta ideia pode ser compreendida quando Augusta diz: “**Fiquei com isso aqui (aponta para a região dos seios), até ontem-ontem, só que não podia tocar, mas hoje tô melhor um pouquinho**”.

O discurso-narrativo de Augusta nos apresenta, ainda, o *esquecimento ideológico*, que vem ancorado no discurso da cultura contemporânea, na qual existe uma *formação discursiva* que imprime uma concepção de que, ao envelhecer, nos tornamos crianças novamente. Desse modo, o sentido produzido pela cultura faz pensar que o filho se torna “pai” dos pais, perpassando a ideia de que o idoso assim como a criança precisam cuidados especiais. Em outras palavras, Augusta é determinada pela maneira como ela se inscreve na língua e na história. Assim, o sujeito é um sujeito ao mesmo tempo livre e submisso, pois pode dizer tudo, contanto que se submeta à língua, à cultura e à história. Ou seja, é assujeitado (Orlandi, 2009).

Augusta significa o mundo, mas está “atravessada” pela história cultural à qual é filiada (Orlandi, 2009). A *formação discursiva* de um corpo jovial em que se insere revela a ideologia do corpo forte, disposto, viril e que não pode adoecer, emagrecer, tampouco envelhecer. A *formação discursiva*, conforme vimos acima, representa, no discurso, as formações ideológicas, ou seja, os sentidos são sempre determinados ideologicamente e, ao mesmo tempo, se entrelaçam (Orlandi, 2009). Na discursividade de Augusta, percebemos a maneira como o discurso e a ideologia produzem seus efeitos, revelando, assim, a sua posição diante do evento da queimadura.

Ao relembrar o episódio da queimadura, Augusta revela a relação eu-corpo, a qual vem imbuída da ideia de corpo sentido, eu corporal. Ou seja, a representação

mental de tudo o que ela sente advém do seu corpo (“*defecava lá, urinava*”). Ela reúne todas as representações sensíveis, afetivas e simbólicas construídas ao longo do tempo e com o outro, como podemos perceber em: “*Aí, no banheiro, ela me encostava. Ela é gorda, né? Ela me encostava aqui, no meu seio, nos dela. Fiquei com isso aqui (aponta para a região dos seios), até ontem-ontem, só que não podia tocar, mas hoje tô melhor um pouquinho. A força, né, que ela fazia, né, em mim, lá no banheiro, né*”. Desse modo, ela inscreve na memória afetiva a relação dela com seu corpo e com o outro em diferentes momentos da sua história de vida (Nasio, 2009). Isso pode ser verificado nos fragmentos abaixo:

(9min: 8seg) - Augusta: “Aparadeira, *fazia xixi, fazia cocô*. Minha filha, *eu sofri minha filha, sofri e tô sofrendo ainda*.”

Pesquisadora: E a senhora... Disse que emagreceu muito e como a senhora era antes?

Augusta: *Era bem mais forte*, né. M. (diz o nome da filha) é que sabe *quantos quilos eu perdi*, né, *nunca mais eu me pesei*. Que *eu não comia não*, minha filha. *Tá vendo eu aqui sentada? Pensa que eu tô magra*, é? Sabe o que *eu tomo*? É... leite e suco, *café faz mais de ano que eu não tomo*, nem café, nem chocolate. E o médico também falou pra mim que nem café, nem chocolate” (*grifo nosso*).

Assim, Augusta nos mostra a base mais elementar do eu, o eu corporal, porque ele capta as sensações advindas do meio externo (do mundo) bem como do meio interno (do corpo) e, com isso, regula e produz marcas na subjetividade dela (Freud, 1914/2004): “*fazia xixi, fazia cocô. Minha filha, eu sofri, minha filha, sofri e tô sofrendo ainda*”. A sua representação da relação eu-corpo é construída narrativamente a partir da interface que ela estabelece com o seu corpo e com a cultura, pois as experiências sentidas e vividas nessas relações, sejam elas conscientes e/ou inconscientes, estão possibilitando à Augusta narrar essas experiências como histórias. O eu e o corpo formam uma relação íntima na qual ela constrói a representação de si:

“quantos quilos eu perdi / nunca mais eu me pesei / eu não comia / eu tô magra / eu não tomo”.

A narrativa construída no contexto hospitalar permitiu, então, a Augusta revisitar suas histórias passadas. Essa movimentação implica um reenquadramento nos contextos da vida em curso, ou seja, há um fluxo contínuo de mudança. Isso nos leva a pensar sobre a reinterpretação do significado dos eventos passados por meio dos quais ela pode redefinir não apenas quem é como revisar suas histórias de vida (Mishler, 2002). Ou seja, a narrativa gerada é o meio para tornar as suas experiências compreensíveis (Bruner, 1998; De Conti & Sperb, 2009). No diálogo abaixo, podemos perceber essa volta ao passado de Augusta.

(18min: 47seg) - Augusta: “A senhora sabe que eu, eu relembro as coisas passadas... as passadas pro presente?”

Pesquisadora: Como assim?

Augusta: As coisas passadas, do meu tempo passado, da minha infância, quando eu era criança, eu hoje relembro de coisas que recentemente eu me esqueço.

Pesquisadora: Quais seriam essas coisas que a senhora se lembra do passado, da sua infância?

Augusta: Que eu me lembro? Ó minha fia, **perdi com quatro anos de idade esse olho** (aponta para o olho direito). **Fui internada no hospital infantil** que hoje é Maria Lucinda, sabe?

Pesquisadora: Hanhan.

Augusta: O Maria Lucinda? **Fui internada lá com quatro anos de idade**. Diga quantos dias **eu passei internada pra poder apregar esse olho** (aponta para o olho direito). **Passei um mês internada. Com 15 dias antes de um mês foi que operaram esse olho**, sabe? **Foi glaucoma que deu quando eu tinha quatro anos**, pequena. Diga por quê.

Pesquisadora: Por quê?

Augusta: Ensinaaram pra minha mãe a arrumar planta, planta do mato né, a erva do mato né, ela socou no Pilão. Sabe o que é Pilão, né? // Socou no Pilão e colocou numa vasilha e veio **lavar meu olho**, sem coar, minha fia. Quando... Isso foi seis horas da tarde, né, seis pra sete. Quando foi de quatro horas da manhã, **esse olho furou** (aponta para seu olho direito). Diga por quê.

Pesquisadora: //Não sei. Por quê?

Augusta: Porque ela não coou a água, aí o pelo da planta **furou o olho**.

Pesquisadora: Furou o olho?

Augusta: **Furou o caroço do olho**. Minha filha, **eu gritei tanto, gritei tanto, até amanhecer o dia e eu gritando**. Minha fia, aí meu pai, ele era rico, né, tinha fazenda, muito gado, muito cavalo, burro. Sabe o que é burro, né? (**grifo nosso**).

A experiência de ser queimada e o tempo que passou interna no hospital mobilizaram Augusta a revisitar outro evento de internação ocorrido na sua infância: o episódio da perda do seu olho direito. O sofrimento de ser queimada se agrega, então, a outro sofrimento vivido e sentido no real do seu corpo, o qual corresponde à retirada do olho direito. Essa movimentação no discurso-narrativo dela revela uma re-historiação do passado que implica o ato de refazer a história sobre alguns episódios da vida. Essa movimentação também nos revela a relação eu-corpo construída por Augusta, pois podemos ver uma relação de perdas: ora a perda da pele devido às queimaduras, ora a perda do olho por causa de uma conjuntivite. Essa ação de recordar o passado assume, sob o ponto de vista narrativo, uma dupla função: por um lado, assegura a diferenciação da experiência; por outro, organiza-a numa estrutura de coerência (Gonçalves, 1998, p. 45).

Isso significa que a ação não é construída apenas na memória de Augusta, mas também através do tempo, considerando as duas dimensões: a dimensão episódica, que compõe a história como sendo feita de eventos, e a configurativa, ou seja, o enredo constrói um significado uno a partir de eventos aparentemente dispersos (Ricoeur 1983/1994). Dessa forma, as narrativas produzidas por Augusta imprimem uma ideia sobre a sua situação de vida que envolve questões com o adoecimento (Favoreto &

Camargo, 2011). Em outras palavras, ao enunciar os fatos vividos, Augusta vai organizando de maneira retrospectiva as suas histórias de vida (Melo & Costa, 2010, p. 143), entrelaçando os incidentes – o da perda do olho e o da perda da pele – e compondo uma história una.

Dessa maneira, Augusta produz sentidos dentro do contexto hospitalar, os sentidos do adoecer. O sentido é uma relação determinada pelo sujeito, que é afetado pela língua e pela história. É justamente no gesto de interpretar essa relação do sujeito com a língua, com a história, com os sentidos, que se apreende a marca da subjetivação. Ou seja, não há discurso sem sujeito (Orlandi, 2009). Nesse sentido, diante da discursividade de Augusta, percebemos que há um deslocamento metafórico, pois ela começa a narrar a partir do incidente da queimadura, visita os eventos da sua infância, do seu casamento, das suas gestações e termina a sua narração com o relato da sua experiência de ser queimada. Isso fica presente no seguinte fragmento discursivo:

(25min: 42seg) - Augusta: “Nunca que aconteceu uma coisa dessa comigo, minha filha, é mole uma coisa dessa, é? ***Queimada, minha filha, é triste. A gente chora, chora, chora*** dentro da casa, só Deus e ***eu chorando***, sei não, meu Jesus, o que é que eu vou fazer, né?” (***grifo nosso***).

Em sua fala há algo que se repete: a dor de ser queimada. Mas há a mudança dos sentidos com a dor de perder um olho aos quatro anos de idade, a dor de gerar filhos mortos, a dor de ficar viúva e a dor de deixar a sua casa para morar na casa da filha, após o acidente. Assim, observamos que o processo de significação é aberto, pois o *interdiscurso* e a memória discursiva sustentam o dizer em uma situação permeada de formulações já realizadas, mas esquecidas. É aí que identificamos um ponto de virada na história de vida de Augusta, pois o incidente da queimadura conduziu-a a revisar as histórias vividas, de forma a fazerem sentido a partir das sequências de perdas que teve

durante sua vida em curso (Mishler, 2002). Ao serem narrados, os eventos, que aparentemente estavam dispersos, se condensaram no discurso para produzirem sentido para ela, ressignificando o sofrimento de perdas, principalmente as ocorridas no corpo. Essa reinterpretação que Augusta faz sobre o episódio de um corpo de perdas revela uma *formação discursiva* que vem pautada no corpo mutilado. É um corpo mutilado não apenas no real do corpo, mas também mutilado por negligências, materna e médica. É nesse jogo que vai sendo construída uma história de sentidos (Orlandi, 2009). O esquecimento é necessário para que Augusta se estabeleça em um lugar possível entre a identidade e os sentidos.

3. Caso Sancha

A fisioterapeuta indicou Sancha para participar da pesquisa, porque essa paciente estava disponível no momento da pesquisa, já estava no local reservado para as entrevistas. Preparava-se para fazer a sessão de fisioterapia, quando aceitou colaborar com a pesquisa. No momento em que a pesquisadora entrou no espaço reservado, deparou-se com Sancha seminua em cima da maca. Ela estava sem blusa, sem sutiã e com uma bermuda tipo cotton. Quis levantar-se para ficar de frente para pesquisadora, mas esta lhe disse que ficasse à vontade. Então, Sancha preferiu ficar deitada, como estava. A pesquisadora ficou sentada ao seu lado, olhando para ela. A entrevista e o questionário foram realizados numa quinta-feira à tarde e durou 27min: 46seg.

Sancha é uma mulher simples, aparentemente sem muitas vaidades, tem um sotaque bem forte de quem mora na Zona da Mata. Estava com sessenta e quatro anos de idade no momento da entrevista. Ficou viúva aos vinte e sete anos, com doze filhos para criar: seis filhas e seis filhos, sendo um adotivo, mas dois dos seus filhos do gênero masculino foram assassinados. Antes de ficar viúva, seu marido tinha saído de casa para viver com outra mulher e, pouco tempo depois, ela recebeu a notícia de que ele havia

falecido, “de morte matada”. Estudou pouco. Era agricultora, trabalhava no campo cortando cana e cuidando da plantação. Foi nesse contexto que Sancha começou a criar sozinha seus doze filhos.

Não aguentando mais a vida de agricultora, foi trabalhar como empregada doméstica. Ela narra que trabalhou muito, tolerou muitas coisas. Depois de exercer a função de doméstica na casa de estranhos, mudou-se para outra cidade do interior de Pernambuco, pois havia ganhado um apartamento doado pelo Governo do Estado. Nessa outra cidade conseguiu um emprego para ser zeladora de colégio. Logo após ter saído do último emprego, Sancha começou a trabalhar como autônoma: passou a vender bolo, pipoca e milho cozido. É nesse momento da sua vida que ela se remete ao evento traumático da queimadura.

Conta que mandou buscar na CEASA (Central Estadual de Abastecimento S/A) uma saca de milho. A CEASA, conforme sabemos, vende produtos em atacado, com o preço mais acessível. Nesse local, encontra-se todo tipo de hortaliças, verduras, frutas, grãos, vários tipos de carnes bem como produtos como de limpeza, embutidos, entre outros. Com a saca de milho que Sancha havia mandado buscar na CEASA, ela iria fazer bolos e cozinhar milhos para vender. Mas isso não ocorreu. Um amigo de muito tempo tinha dado a ela cinco litros de álcool, dizendo que era gás. Um vizinho que mora na frente de sua casa chamou-a para assar os milhos.

Começaram a fazer o fogo com carvão, então, Sancha se lembrou dos cinco litros de gás (que, na verdade, eram de álcool). Ela voltou com o gás na mão e jogou em cima dos carvões para fazer o fogo, sem perceber que já havia fogo. Assustou-se quando o álcool atraiu o fogo para cima dela, pois tinha certeza de que era gás. Nessa hora, ela narra o acidente com mais intensidade e começa a chorar, mostrando no seu corpo, as marcas deixadas pelo fogo. Ela se recorda de que, quando o seu braço foi tomado pelo

fogo e sua roupa começou a queimar, ela pediu socorro, mas ninguém a ajudou. Lembra que havia pessoas que diziam: “Deixa ela morrer queimando”. Na agonia, ela correu para o meio da rua, tirou o restante da roupa, ficou nua, gritou e pediu ajuda novamente. Um vizinho viu o seu desespero, correu com um cobertor na mão e apagou o fogo do seu corpo.

Depois dessa angústia, da sensação do seu corpo sendo queimado, Sancha não conseguiu mais enxergar, e as pessoas ao seu redor perceberam a gravidade dos seus ferimentos. O mesmo vizinho, que era o marido da síndica do prédio onde mora e havia apagado o fogo, foi quem a socorreu. Esses fatos deixaram-na muito abalada e indignada, porque, numa quadra com mais de duzentas e quarenta pessoas, ninguém a ajudou, apenas ele.

O primeiro procedimento foi feito na Unidade Mista onde ela morava e depois foi trazida para o Hospital da Restauração, pois se tratava de queimaduras severas e na Unidade não havia suporte necessário para esse tipo de caso. No HR ficou interna durante dois anos e vinte dias.

O seu único filho solteiro, que morava com ela (o adotivo), encontra-se interno em um hospital psiquiátrico (no momento da produção dos dados da pesquisa), pois, após “ter visto a mãe pegar fogo, ele enlouqueceu”. Depois de três dias do incidente, quando já estava interna, a sua visão voltou ao normal, mas ela já percebia que o seu corpo não era mais o mesmo. Ela narra que, quando voltou a enxergar, viu a sua cabeça inchada, “grande”, o braço direito estava todo assado, “escuro”, os seus seios estavam deformados, uma parte das costas estava queimada assim como uma parte da sua barriga, os cabelos e as orelhas haviam sido destruídos pelo fogo. Sancha diz que não gosta de se ver no espelho, porque essa imagem a faz recordar-se de como era.

A história de vida de Sancha, conforme podemos perceber, vem carregada de muita luta, trabalho e sofrimento. Desse modo, o discurso-narrativo produzido por ela vem na direção do que Sperb (2010) afirma: as narrativas auxiliam na elaboração do trauma. O primeiro passo para a elaboração de uma situação marcante é a possibilidade de narrá-la; o segundo é a possibilidade de se distanciar dessa situação para poder ressignificá-la. Assim, inferimos que não existe o eu puro, pois este resulta sempre da interpretação pessoal e afetiva do que sentimos e do que vemos de nosso corpo. Isso ocorre a partir de um complexo sistema que envolve não apenas o inconsciente, mas também o espaço intersubjetivo, o qual resulta em uma sensação de ser ela mesma (Nasio, 2009). Ou seja, Sancha ressignifica e interpreta a partir do que ela percebe do seu corpo. É através desse corpo sentido que ela narra, na primeira pessoa, a experiência dolorosa de ser queimado. Isso pode ser verificado no seguinte fragmento discursivo:

(2min: 21seg) - Sancha: “Morreu, aí num me casei mais, criei meus filho tudinho sozinha, trabalhando no campo, cortando cana, tirando conta, cavando... fazendo todo serviço do campo, ***aí não aqueitei mais fui trabalhar de empregada doméstica, trabalhei, trabalhei, não aqueitei também mais, tanta coisa que a gente aqueita, né***, aí fui morar no (diz o nome da cidade em que mora), no (repete o nome da cidade), fui trabalhar de zeladora no colégio (diz o nome da antiga cidade em que morou), em (especifica o lugar em que morou). Aí inventei de comerciar, vender bolo, milho, pipoca, bolo de rolo, e fui vender milho, fui vender milho. Aí eu mandei trazer o saco de milho da CEASA, o saco de milho chegou, aí eu vendi um, foi, a um conhecido meu, que eu conheço ele desde a idade de 14 anos, trouxe cinco litros de álcool dizendo que era gás pra mim, aí em frente a minha casa mora o segurança, aí chamou eu pra assar esse milho junto com ele, aí fui, quebrou nesse fogão aqui, um carvãozinho quebrando, aí fez o fogo pra lá, eu não vi que o fogo tava pegando, aí eu fui pegar o gás, como ele disse que era gás, não foi gás, quando eu despejei foi 5 litros de álcool, ***aí o álcool pulou a chama em cima de mim, eu fiquei sem cabelo, fiquei cega, cabeça bem grande assim*** (mostra o tamanho que ficou a cabeça com as mãos), ***me queimei toda, passei dois anos e vinte dias aqui***, em três dias Deus ***me deu minha vista de volta***, graças a Deus, e ***eu aqui***, aí doutor (diz o nome do médico) foi mandou eu pra casa. ***Oia aqui*** (mostra o braço direito), ***fiz oito enxerto, num pegou nenhum, aqui ó*** (mostra novamente o braço), ***aí eu voltei praqui de novo***, pra fazer um Plano” (***grifo nosso***).

Desse modo, Sancha faz um re-historiação sobre a sua trajetória para poder incorporar o evento da queimadura à sua história de vida. Assim, ela revela nas suas narrativas as mudanças ocorridas no seu corpo e, por conseguinte, na sua vida. Ou seja, ela se sente exposta tanto pelas lesões quando pelas deformações que a queimadura fez no seu corpo (Gonçalves et al., 2011). Dessa forma, ela desenvolve um sentimento de devastação em sua imagem corporal e na sua autoestima (Orr et al., 1987). Isso se percebe quando Sancha afirma: **“fiz oito enxerto, num pegou nenhum”**. Nesse fragmento discursivo, podemos entender que o evento da queimadura rompeu bruscamente com o seu cotidiano bem como as mudanças no seu corpo conduziram-na a não mais se reconhecer frente a sua nova condição. Essa “nova realidade”, de um corpo marcado e limitado por sequelas de queimaduras, pode influenciar, também, a sua relação com o mundo, pois ela assume uma posição de doente diante desse corpo. Um corpo que precisa ser cuidado e tratado no âmbito hospitalar, perpassando a ideia de que ela se resume ao corpo físico, o qual precisa ser recuperado para desempenhar suas atividades cotidianas (Mcdougall, 1983). É dessa maneira que ela percebe a diferença entre o seu corpo de antes e o seu corpo depois do episódio da queimadura. Sancha narra no real do seu corpo as sensações que constituem a projeção mental da superfície corporal, aquilo que ela vê, sente e representa como sendo a sua nova imagem (Freud, 1914/2004). Essa ideia pode ser evidenciada no seguinte diálogo abaixo:

(4min: 33seg) - Sancha: **“Eu tava cega, fiquei sem cabelo, fiquei com o corpo todo... queimada todinha, sem cabelo, sem nada, cabeça desse tamanho que nem uma bola, mas graças a Deus, eu agradeço a Deus e a doutor (diz o nome do médico) daqui, né, e a doutora daqui. né, que tá tratando eu... estou aqui. Mas tem hora que eu... pioro assim o braço, meu braço, eu ainda sinto dormente.**

Pesquisadora: Dormente?

Sancha: É, **sinto dormente o braço, aí tem hora que eu não aguento fazer nada** e, quando eu lavo uma roupa, que eu tô pelejando pra comprar uma máquina pra mim

lavar, **isso aqui meu fica inchado** (aponta para o ombro direito).

Pesquisadora: É seu braço, é? Como era seu braço antes?

Sancha: **Como esse aqui** (mostra o braço esquerdo). **Esse aqui não queimou, veja a diferença desse pra esse** (mostra os dois braços juntos), num foi, oia.

Pesquisadora: Hanham, aí com esse braço que tá bom a senhora faz tudo?

Sancha: É, é, e esse aqui tem que ajudar, porque, se eu não fazer com ele, também **eu fico paralisada**. Aí eu tenho que fazer, **embora de noite eu sofra pra dormir sabe, que dói muito aqui, ó** (mostra o ombro direito), **dói muito**. Mas eu agradeço a ela, que ela é uma boa médica, graças a Deus, tá tratando de mim e **eu tô ficando assim**, ó (abre e fecha a mão direita), **embora ficou** assim (mostra as cicatrizes no braço) né, **eu vejo a diferença, mas tô melhor, me queimei o rosto todo**.

Pesquisadora: Queimou o rosto todinho?

Sancha: **Queimou tudo, olha minhas orelhas queimadas**, oia aqui, ficou assim ó (mostra a deformação das orelhas), **minha cabeça ficou que nem uma bola, queimou tudo, era inchada uma bola, cega** assim, ó (fecha os olhos). **Fiquei tão feia** que doutor (diz o nome do médico), quando ia lá em cima, não queria ver, **ele não queria que eu veja, eu choro tanto**.

Pesquisadora: A senhora chora por quê?

Sancha: Se eu ver?

Pesquisadora: Sim.

Sancha: **E eu quero ver não. Quem eu era pra quem eu sou**.

Pesquisadora: E como é que a senhora era?

Sancha: Assim né, **de rosto normal, meus braços bom, minhas mão fechava, não fecha** né, **eu vejo as diferença**, aí tudo dá desgosto na gente, né (**grifo nosso**).

Podemos observar, então, que a experiência da enfermidade agrega um complexo mundo de sentidos produzidos a partir da relação eu-corpo, pois percebemos, através nas narrativas de Sancha, seus sentimentos e comportamentos além da descrição dos sintomas físicos (Arruda, 2009). Ou seja, quando lhe falta a palavra para significar a sua dor, ela se apoia no real da sua imagem para imprimir sentidos sobre sua experiência dolorosa de ser queimada. Ela narra que o evento da queimadura deixou-a

cega, sem cabelos, sem orelhas, toda queimada, com a cabeça “parecendo uma bola”, sem nada e que ainda sente as sequelas desse trauma, pois o ombro incha, o braço fica dormente, impossibilitando-a de realizar qualquer tipo de tarefa doméstica. Ela percebe, através da sua imagem, a transformação do seu corpo e, ao se deparar com o seu reflexo, ela chora. Chora porque essa imagem lhe revela a diferença entre a imagem que tem hoje e a que tinha antes do incidente, a faz se recordar de um rosto normal e de uma mão que fechava. Assim, Sancha produz sentidos sobre o episódio da queimadura.

A partir dessas lembranças, entendemos que o acidente rompeu bruscamente o cotidiano dela, de tal maneira que a conduziu a narrar o evento do trauma, o que lhe possibilitou organizar essa experiência marcada pelas modificações do seu corpo imposto pela queimadura. Ou seja, Sancha se encontra desamparada, sozinha e deformada (Souza, 2003). Diante desse episódio, ela construiu significados sobre a experiência de ser queimada, pois a dor de ser queimado é intensa e a pele destruída denuncia e marca o seu corpo, compondo um antes e um depois. Em outras palavras, ela pode construir outra representação de si em relação ao seu corpo sentido. Essa nova representação remete à capacidade que o ser humano tem de sofrer, de viver a dor física e psíquica, o que faz seu sofrimento revelar-lhe as questões fundamentais da sua existência (Safra, 2006). Dessa forma, quando ela narra, imprime a ideia de que o tempo parou, o passado está no presente, pois, ao falar da “quentura” do clima, ela se recorda da “quentura” do fogo em seu corpo e diz que não a suporta. Isso pode ser evidenciado na seguinte narrativa:

(10min: 10seg) Sancha: “não, não, queimou muito. ***Eu durmo mais pro esquerdo e a quentura é grande***, muita quentura, minha filha, ***eu não suporto muita quentura***, eu tomo seis banhos de noite, seis de dia, que ***eu não aguento a quentura***, parece que ***aquele fogo vai... vai chegando em cima de mim novamente, eu não aguento aquela quentura. Outro dia desses eu tava com uma quentura aqui, ó*** (aponta para cabeça), ***tão grande que eu não suportava a quentura***, aí fui pro médico, aí o médico passou um remédio pra mim, aí eu tô tomando, agora eu tô achando que ***eu tô com problema porque eu tô cansando, eu subo com aquela médica, assim, ó*** (demonstra a respiração ofegante), ***cansando muito eu fico***. Aí ele mandou eu fazer exame de coração, ainda não marcou, o papel tá aqui, ainda não marcou meu exame de coração. ***E eu tenho uma herna*** (ela fala sobre hérnia de hiato) ***aqui dentro*** (aponta para a barriga). Doutor M. descobriu uma herna deste tamanho (mostra com as mãos o tamanho da hérnia). ***Tem hora que eu tô com um queimor tão grande, não posso comer, não posso beber, não posso fazer nada com meu estômago, eu sofro muito, viu?***” (grifo nosso).

Dessa maneira, Sancha assume uma posição do eu enquanto imagem, pois, segundo Nasio (2009), esse tipo de instância se articula no duplo jogo mental das sensações corporais vivas e aquelas que emanam da superfície do corpo como músculos, pele e mucosas porosas. Ou seja, o corpo que ela vê e sente é o dela. O deslocamento metafórico produzido por Sancha se apresenta da seguinte maneira: “eu não **suporto** muita quentura/ eu não **aguento** aquela quentura”. **Suporto/aguento** se sobrepõem para significar através do tempo a experiência quente de ser queimado. Isso compõe o *esquecimento da enunciação*.

Há também, no seu discurso, outro deslize metafórico, o da palavra e do gesto. Orlandi (2009) ressalta a importância do gesto na análise, pois na articulação do dito está o não dito. Assim, quando falta a palavra que signifique o que quer dizer, vem o gesto para produzir sentido dentro da discursividade. Sancha se apoia nesse entremeio: o dito com palavras e o expresso através dos gestos que demarcam o seu corpo, o não dito, mas percebido. A sua discursividade é composta por gestos para revelar as partes que foram mais afetadas pela queimadura. Ela fala da sua dor, mas precisa gesticular e apontar no corpo o motivo dessa dor, pois é um corpo que precisa dormir no lado

esquerdo, não suporta nem aguenta calor, cansado. Há um corpo dentro e fora que queima e por isso não pode comer, beber, ou fazer qualquer coisa. O discurso de Sancha revela uma *formação discursiva* de um corpo ferido, um corpo que sofre por tudo que lhe aconteceu e que não suporta lembrar a experiência “quente” do acidente. Desse modo, produz sentido no que diz.

Segundo Orlandi (2009), esses deslizos têm o efeito metafórico que transfere a articulação entre estrutura e acontecimento. Isso tem muita relação com a posição do eu enquanto imagem, pois, quando faltam à Sancha as palavras, ela revela através do gesto a sua dor ao apontar no corpo as suas cicatrizes.

Compreendemos, então, que Sancha fala do lugar de paciente, em que a *relação de força* estabelecida é que a fala do médico significa mais do que a do paciente. Nesse sentido, emerge o *esquecimento da ideologia*, o qual se ancora no discurso médico, que precisa higienizar, limpar e recuperar os sintomas físicos, sem dar conta da totalidade do sujeito, isto é, o doente precisa de tratamento para recuperar a sua saúde, o seu “bem-estar”, o seu corpo físico. Assim, ela revela no seu discurso-narrativo a *formação discursiva* de um corpo passivo, que espera outro para dizer o que seu corpo precisa para se reestabelecer – **“Aí ele mandou eu fazer exame de coração, ainda não marcou, o papel tá aqui, ainda não marcou meu exame de coração. E eu tenho uma herna (ela fala sobre hérnia de hiato) aqui dentro (aponta para a barriga). Doutor M. descobriu uma herna deste tamanho (mostra com as mãos o tamanho da hérnia)”**.

No Brasil, no período da República Velha, século XIX, o discurso médico era pautado nas ideias sanitaristas de tratar da mesma forma as estruturas das doenças físicas e psicológicas, sem considerar a subjetividade do sujeito, pois se partia de uma concepção de estrutura e causa. Dessa forma, sustentava-se o lugar do médico como o único que tinha o saber (Mello, Cesar, Beltrame & Heberte, 2010).

O discurso-narrativo produzido por Sancha vem apoiado, então, na história, no discurso segundo a qual o médico sabe aquilo de que ela precisa, bem como o ela que sente. Saúde e doença coexistem, portanto, para Sancha, porque é dessa maneira que ela significa e se posiciona diante do seu corpo. Ou seja, a construção da *formação discursiva* vem evidenciar uma posição de doente, aquela que precisa se recuperar para voltar a ser como era, com saúde. Assim, percebemos o *interdiscurso* que se estabelece na relação entre Sancha e a ideologia médica, pois é nesse jogo que ela produz sentido sobre a experiência traumática de ser queimado (Orlandi, 2009).

Na eminência da morte, o apelo por socorro de Sancha é dirigido a Deus. Na narrativa abaixo, ela relata a sensação do fogo no corpo:

(12min: 23seg) - Sancha: “É, é lá na cidade (diz o nome da cidade em que mora), no (diz o nome do bairro), mora 240 moradores, não teve um que ajudasse a **apagar o fogo em mim** e o pessoal dizia assim “deixa morrer queimado”, foi, lá onde eu moro, “deixa ela morrer queimada”, aí **eu me ajoelhei** no chão e fiz um pedido a Deus: “**Meu Deus, se o senhor ver que eu vou morrer, deixa eu morrer, se o senhor ver que eu não vou morrer, afasta esse cálice mau das minhas mãos**”. Aquele bujão saiu saltando, saltando, cheio de álcool, saiu saltando, saltando e **eu fiquei cega, morta, tirei a roupa, eu mesmo tirei minha roupa, peguei minha bolsa, minha bíblia, eu botei dentro e vim praqui**. O marido da síndica foi, levou eu pro hospital, pra Unidade Mista (diz o nome da Unidade), lá no (diz novamente o nome do município). **Aí em agosto eu vim praqui, aí passei aqui dois anos e vinte dias, aí depois desses dias levou eu pra casa, mas eu continuo aqui, porque eu venho terça e quinta**” (grifo nosso).

Assim, circunscrevemos no discurso-narrativo produzido por Sancha o sentido da morte e da doença, pois ela imprime uma ideia de passagem do espiritual para um fenômeno médico. Ou seja, Deus a livra da morte a partir do seu merecimento, mas precisa ir ao médico para ressuscitá-la, porque estava cega, morta e sem roupa. Desse modo, percebemos que aí está a formação ideológica que vem ancorada nos meados do século XIII, quando a definição de vida e morte passou a pertencer ao saber médico, fundado na ciência e, mais especificamente, na biologia. Desse modo, houve um

deslocamento na definição e na determinação dos limites da vida e da morte, da esfera religiosa para o domínio da ciência. Por conta disso, a doença e a morte passam a ser tratadas como eventos naturais, causados por doenças identificáveis (Menezes, 2010).

As condições de produção, conforme vimos acima, incluem o contexto sócio-histórico e o ideológico. O que foi dito um dia teve que ser esquecido para que depois pudesse ser lembrado pelo sujeito, pois assim ele produz sentido. Ou seja, “o *interdiscurso* disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada” (Orlandi, 2009, p. 31). Sancha vai revelando os sentidos de uma experiência dolorosa de ser queimada e, ao mesmo tempo, a narração desses eventos vai possibilitar a ela ressignificar esses episódios da sua vida em curso. Assim, ela tenta representar em palavras o fato ocorrido no seu braço direito. Ela relata isso no seguinte trecho da entrevista:

(16min: 58seg) - Sancha: “Hanham, *esse braço ficou uma ferida, um bolo de carne*, quando a gente tira a pele num fica um lombo, né? *Pronto ficou essa mão, esse braço* aqui (mostra o braço direito). *Todo mundo pensava que eu ia perder ele*, isso aqui, ó (mostra o antebraço) *via o osso, um buraco assim* (mostra com as mãos o tamanho do buraco), *dói muito ainda*” (*grifo nosso*).

A discursividade de Sancha girou em torno do evento da queimadura, pois o corpo sentido ainda continuava “ferido”, mas as feridas eram de outra ordem, de uma ordem simbólica. A história dela vai sendo tecida no encontro entre aquilo que ela consegue expressar com palavras e aquilo que demonstra com o seu corpo: “*pronto, ficou essa mão, esse braço* aqui (mostra o braço direito). *Todo mundo pensava que eu ia perder ele*, isso aqui, ó (mostra antebraço), *via o osso, um buraco assim* (mostra com as mãos o tamanho do buraco), *dói muito ainda*”. É no encontro de um braço com feridas, de uma mão como “um bolo de carne sem pele”, de um “buraco” que expõe o osso do antebraço e que não para de doer que Sancha vai construindo sentidos sobre o

trauma e, ao mesmo tempo, se posiciona diante desse corpo. Assim, revela a *formação discursiva* de um corpo esfacelado no real da sua imagem.

Capítulo IV

Conclusões e Considerações finais

A análise dos dados, registrada no capítulo anterior, nos possibilitou compreender como o sujeito organiza narrativamente a experiência de ser queimado e estabelece a relação eu-corpo, um corpo marcado pelo incidente da queimadura. Vimos que os participantes da pesquisa foram conduzidos, através do evento da queimadura, ao processo de re-historiação, entrelaçando o futuro e o passado no modo presente do existir (Gonçalves, 1998). Verificamos também que os sentidos produzidos por eles acerca de sua relação eu-corpo vêm ancorado nas formações ideológicas do culto ao corpo perfeito, do corpo jovial, do corpo passivo, do corpo esfacelado, da religião, da saúde, da doença, do envelhecer, do discurso médico, da vida e da morte. Isso nos permitiu constatar que não existe um discurso-narrativo que não esteja ancorado em um enredo sócio-histórico, pois a história é (re)construída, porque, à medida que nos esquecemos de alguns episódios, lembramos outros para poder produzir sentidos. Dessa forma, vamos apropriando-nos dela de diversas maneiras, com a “intenção” de ressignificar as nossas histórias de vida (Orlandi, 2009).

Identificando as formações discursivas nas narrativas dos participantes, pudemos compreender e constatar, a partir do discurso de Augusta, que existem profissionais na área de saúde despreparados para atender vítimas de queimaduras graves, pois percebemos que há um despreparo técnico no que tange à formação generalista. Isso significa dizer que os profissionais que trabalham no âmbito da saúde pública e coletiva precisam estar mais bem preparados para atender esse tipo de urgência.

Desse modo, inferimos que os discursos produzidos pelos pacientes vêm apoiados na ideologia do discurso médico que imprime a ideia de um único saber, o

qual está fundamentado na premissa de que se precisa higienizar, limpar e recuperar os sintomas físicos, sem dar conta da totalidade do sujeito, isto é, sem se perceber que o doente precisa de tratamento para recuperar o corpo físico, mas também é necessário considerar o sofrimento psicológico.

Percebemos, então, uma incoerência diante das demandas que este tipo de incidente gera, pois os pacientes precisam de um acompanhamento holístico para poder não apenas reestruturar os aspectos de um corpo físico, mas também o psicológico e o social. Para isso, seria importante que as unidades que atendem este tipo de urgência tivessem à disposição uma equipe multidisciplinar a fim de satisfazer as demandas biopsicossociais das vítimas de queimaduras graves.

Conforme vimos nas narrativas acima registradas, nossos participantes relatam que a dor de ser queimado é intensa e gera muito sofrimento, mesmo após a alta hospitalar. Diante da situação de ter o seu corpo transformado pelas queimaduras, o paciente produz sentidos sobre sua “nova realidade” corporal. Ele significa que, após o incidente, o seu corpo se tornou inútil para a realização de atividades cotidianas, pois é um corpo que depende de outro; é um corpo que continua a queimar, mesmo não havendo mais as feridas expostas; é um corpo que luta; é um corpo negligenciado; é um corpo cuidado; é um corpo ferido; é um corpo passivo; é um corpo limitado devido às retrações musculares advindas das cicatrizações; é um corpo que sofre com as lembranças do corpo de antes; é um corpo mutilado; é um corpo que grita, chora, não suporta, não aguenta; é um corpo desamparado. Desamparado porque “ninguém” compreende esse tipo de sofrimento que é sentido no real do seu corpo, pois não há qualquer medicamento que possa aliviar as suas dores simbólicas produzidas após o esfacelamento de um corpo “perfeito”. É frente a essa ruptura que cada um dos participantes produz no seu discurso sentidos acerca do que viveu com a experiência de

ser queimado, construindo, assim, histórias críveis sobre o evento traumático (Bruner, 1997).

Identificamos, ainda, mudanças de posicionamento dos participantes a partir da sua relação eu-corpo, especificamente do lugar que o eu assume diante do episódio traumático, pois o eu possui três instâncias e funções: a identitária, a perceptiva e a imaginária (Nasio, 2009). Essas instâncias e funções interagem simultaneamente, mas percebemos, nas narrativas, que o sujeito, ao se deparar com um incidente que rompe bruscamente com seu cotidiano e, por conseguinte, com seu corpo, assume uma das instâncias do eu para narrar a sua história de vida marcada pelo trauma. Desse modo, a função do eu vai perpassar todo o seu enredo narrativo, o qual vai tecendo sentidos para a história pessoal.

Vimos, por exemplo, no caso de Ida, que ela assume o eu perceptivo, ao relatar o seu sofrimento. Ela enfatiza no seu discurso a forma com se percebe, do mesmo modo, como os outros a percebem, o que, de acordo com o ponto de vista dela, é preconceituoso. No caso de Augusta, compreendemos que ela se apoia no eu enquanto identitário, pois faz uma re-historiação praticamente de cada fase do seu desenvolvimento, perpassando pela infância, com a perda do seu olho; pela fase adulta, quando se remete ao seu casamento e ao nascimento dos seus filhos; e por fim pela velhice, quando aconteceu o acidente com queimadura. A ideia desse corpo que se transforma ao passar do tempo, o qual produz movimento, indica que se trata de um resgate de sua identidade.

Nas narrativas de Sancha, percebemos de maneira mais evidente o eu enquanto imagem. Ela afirma que não gosta de ver sua imagem no espelho assim como aponta para o seu corpo, mostrando as marcas das cicatrizes e das sequelas deixadas pelas queimaduras. Apoia-se no real da imagem para falar da sua dor de ser uma vítima de

queimaduras severas. Isso nos levou a entender que, diante de um evento traumático, o eu do sujeito se posiciona de maneira diferente frente ao seu corpo. Assim, a narrativa possibilitou às vítimas produzirem sentidos diferentes sobre seu corpo e, ao mesmo tempo, permitiu-lhes incluir, nas suas histórias de vida, a “nova experiência”, ressignificando a sua relação eu-corpo.

Além de evidenciarmos a diferença da posição do eu que o sujeito assume após o acidente, percebemos, também, outras posições nos discursos narrativos, ou seja, os participantes, ao narrarem, assumem posições discursivas frente à sua posição empírica. Constatamos que, em dois casos, no de Ida e no de Augusta, houve um deslocamento discursivo em que os participantes assumiram um lugar diferente para narrarem a sua história de vida. Ida, no seu discurso-narrativo diante do evento da queimadura, se remete à posição de mãe, aquela que é responsável pela criação da filha e que não poderia morrer. Assim, ela sai de uma posição empírica de vítima de queimadura e passa a uma posição discursiva de mãe.

Já Augusta revelou a mudança de posição de paciente para a de filha, pois foi a tomada de consciência das relações dela com a mãe e dela com a filha que lhe possibilitou, através dessas experiências, assumir, no seu discurso, o lugar de filha. Revela, assim, uma condição humana: ao envelhecermos, precisamos de cuidados especiais como uma criança. É desse modo que ela se posiciona diante do seu corpo, o qual é um corpo marcado por negligências – tanto médicas quanto maternas –, um corpo impossibilitado de realizar as suas necessidades fisiológicas mais básicas. Dessa forma, ela revela a parte mais elementar do eu, o eu corporal, porque ele capta as sensações advindas do meio externo bem como do meio interno e, com isso, regula e produz marcas na sua subjetividade, pois o seu corpo é presentificado como um corpo de perdas.

As ideologias do culto ao corpo, da religião e da família também se fazem presentes na produção de sentido sobre o incidente da queimadura. Desse modo, Ida se posiciona frente ao seu corpo, referindo-o como um corpo que não aguenta, não suporta, é inútil, sofre preconceito por não se enquadrar mais nos padrões sociais. Relata as suas dificuldades na execução das atividades físicas provenientes das retrações teciduais e musculares após as queimaduras, bem como as dores e o processo de cicatrização. Assim, compreendemos que ela se remete à noção que tem do eu corporal, o corpo sentido que cria o alicerce para a formação do seu eu e que exerce a função de articular a sua intersubjetividade. Nas narrativas de Augusta, percebemos a ideologia ancorada no sentido do envelhecer dentro de uma sociedade que cultua um corpo viril, forte e que não pode envelhecer.

No de Sancha, não percebemos uma posição discursiva diferente de sua posição empírica. Ela se apoiou na posição de paciente para poder narrar o evento traumático, pois mostrou em sua discursividade uma posição de doente. Desse modo, ela sempre se remete ao discurso médico para revelar a sua dor, um discurso ancorado na ideologia de que apenas o médico sabe o que paciente tem. E, ao se posicionar frente ao seu corpo, ela revela que ele a expõe tanto pelas lesões quando pelas deformações que a queimadura fez no mesmo. Isso gera nela um sentimento de devastação em sua imagem corporal e na sua autoestima, pois ela se resume ao corpo físico. Assim, quando falta a palavra para significar a sua dor, ela se apoia no real da sua imagem para imprimir sentidos sobre sua experiência dolorosa de ser queimada. Por conseguinte, a sua discursividade é constituída de gestos para revelar as partes que foram mais afetadas pela queimadura.

Quanto ao ponto de virada nas narrativas produzidas a partir da experiência do corpo queimado, percebemos que apenas Augusta apresentou. Acreditamos que isso se

deve à re-historiação realizada por ela, pois, na sua produção discursiva, agregou vários incidentes associados a perdas que aconteceram em sua vida. Ao se recordar dos eventos, ela foi construindo uma história, principalmente, de muito sofrimento e, ao final, ela assume que sofre muito por tudo que passou.

Segundo Mishler (2002), os pontos de virada podem ser observados em relatos de histórias de vida ou em entrevistas de pesquisa clínica, assim como em trabalhos de colaboração que tratam de relatos de trauma e recuperação. Desse modo, confirmamos com nossa pesquisa que esse fenômeno aparece na construção das narrativas produzidas por sujeitos que são vítimas de trauma, no caso de nosso estudo, aqueles que são provenientes de queimaduras.

Augusta compõe os significados dos eventos bem como das experiências passadas, pois, ao revisitar esses episódios de perdas, ela vai reenquadrando-os nos contextos da vida em curso. Esse reposicionamento pode ser entendido como um ponto de virada, uma vez que se trata de modificar o ponto de vista, conceitual e/ou emocional, em que a experiência do trauma vivido é colocada em uma “nova moldura”, a qual altera significativamente o sentido dela.

Nos outros dois casos, no de Ida e no de Sancha, não percebemos pontos de virada. Acreditamos que alguns fatores deixaram-nas mais mobilizadas. No caso de Ida, observamos que ela estava bastante preocupada com as horas, pois o seu marido já estava a caminho para buscá-la no hospital. No caso de Sancha, observamos que ela estava ainda muito sensibilizada com o evento do acidente e, assim, parecia precisar falar sobre o evento traumático, pois a mesma mora só e não tem muitos amigos. Supomos, então, que esses fatos tenham dificultado o processo de refazer as suas histórias de vida, à qual elas pudessem agregar outros eventos que ressignificassem algum episódio.

De modo geral, investigamos a construção narrativa da relação eu-corpo pelos pacientes vítimas de queimaduras graves. Consideramos, então, que nossa pesquisa contribuiu tanto para a ciência quanto para o contexto social em que as vítimas de queimaduras estão inseridas. Julgamos ter incrementado a produção científica na área e, assim, colaborado com a ampliação da compreensão da relação eu-corpo dos pacientes acometidos por queimaduras de segundo e terceiro graus.

Esta pesquisa pôde evidenciar um entendimento sobre a experiência corporal das vítimas bem como a relação experiencial do sujeito com seu corpo queimado e de como ele se percebe e se posiciona diante desse evento. Assim, a partir deste estudo, pudemos pensar sobre as possíveis práticas de intervenções dos profissionais que trabalham junto às vítimas de queimaduras. Este estudo se propôs a investigar a relação dos pacientes com o próprio corpo após o incidente. Nesse percurso investigativo, ao buscarmos os sentidos configurados no real dos corpos dos participantes da pesquisa, pudemos desvelar as ideologias que permeiam essa relação. Dentre elas, vimos a que se refere ao saber médico e, portanto, está relacionada à relação desse profissional com o paciente que foi vítima de queimaduras.

Um dos limites deste estudo refere-se a um dos critérios de seleção dos participantes da pesquisa: o tipo de acidente. Propusemo-nos a trabalhar com vítimas de queimaduras decorrentes de atividades cotidianas, mas ao nos depararmos com o contexto da pesquisa, percebemos que há um alto índice de queimaduras intencionais, advindas de uma intenção consciente do sujeito para consigo mesmo (tentativa de suicídio) ou provenientes da intenção de outrem (vítimas de crimes por queimaduras). Alguns desses casos ocorrem por crimes passionais.

Outro limite de nossa pesquisa está no número de entrevistas realizadas. Acreditamos que o presente estudo ficaria mais rico, com mais detalhes, se tivéssemos

feito mais encontros com todos os participantes. Sabemos, contudo, que o contexto hospitalar requer uma rapidez e agilidade no que se refere à produção dos dados, porque, nesse espaço há grande rotatividade de pessoas assim como de pacientes, sejam eles em reabilitação ou internos. Se tivéssemos adotado uma metodologia muito extensa, talvez não houvéssimos conseguido executá-la de forma satisfatória.

Pudemos, então, concluir que os pacientes que chegam até o hospital vêm imbuídos de histórias muito fortes, permeadas de sofrimento, que precisam ser investigadas e entendidas. Assim, alcançamos os objetivos propostos nesta pesquisa, mas esperamos que novos estudos possam ser desenvolvidos neste âmbito, enfocando, principalmente, as narrativas produzidas pelos pacientes que sofreram queimaduras severas. Acreditamos, também, que mais investigações precisam ser feitas no campo da psicologia, com a finalidade de aprofundar as relações entre linguagem, narratividade e eu-corpo.

Referências Bibliográficas

Adock, R. J., Boeve, S.A e Patterson, D.R. (1998). Psychologic and emotional recovery. In: *Carrougher, G. J. Burn care and therapy*. St. Lois: Mosby.

American Pyschological Association: *Regras essenciais de estilo da APA* (2012). Porto Alegre: Penso.

Anzieu, Didier (1989). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Araujo, Renata Dias Henriques de (2008). *Reflexões sobre a constituição do eu corporal em cegos congênitos*. Dissertação de mestrado, orientação Dra. Edilene Freire de Queiroz, pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco.

Arruda, Cristiani Nobre de (2009). *Inscrita no Corpo, Gravada na carne: Experiência de ser queimada em mulheres nordestinas*. Dissertação de mestrado, orientação Dra. Marilyn Kay Nations, pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.

Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2: p. 547-54, maio-ago.

Bartlett, F. C. (1932/1961). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge: University Press.

Bastos, C. A. M. (2005). *Contemporânea – Psicanálise e transdisciplinaridade*. Porto Alegre, n.03, Jul./Ago./Set. Disponível em: www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php

Bartlett, F. C. (1932/1961). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge: University Press.

Benjamim, Walter (1892/1940). *Magia e Técnica, Arte e Política: Ensaios sobre literatura e história da Cultura*. São Paulo: Brasiliense.

Birman, Joel (1999). *Cartografia do feminino*. São Paulo: Editora 34.

Black, J.M. & Matassarini-Jacobs, E.M. (1996). *Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Brockmeier, J. & Harré, R. (2003). Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica* vol. 16, nº 3. Porto Alegre.

Bruner, Jerome (1998). *Dois modos de pensamento*. In: Realidade mental, mundos possíveis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Bruner, Jerome (1997). *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Caregnato, R. C. A. & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. Out-Dez; 15(4): 679-84.

CID-10: *Organização Mundial de Saúde* (2008). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Costa, M. C. S. e Rossi, L. A. (2010). Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enferm*. Abr/Jun; 15(2):209-16.

Dassie L.T.D. & Alves, E. O. N. M. (2011). Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de criança internadas em um hospital escola. *Rev. Bras. Queimaduras*. 10 (1), pp. 10-14.

Dantas, J. B. (2011). Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. *Estudo e Pesquisa em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 11, nº 3, pp. 898-912.

De Conti, Luciane & Sperb, Tânia Mara (2009). *A composição de narrativas pela dupla terapeuta-paciente: uma análise da sua organização e da sua sequência de ações*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), pp. 119-127.

De Conti, Luciane (2004). *O processo de composição narrativa no encontro terapêutico: (Des) construindo autorias*. Tese de Doutorado, orientação da Professora Dra. Tania Mara Sperb, do programa de pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Deleuze , G. (2006). *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal.

Demo, P. (2000). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Editora Atlas.

Dini, G. M., Quaresma, M. R. & Ferreira, L. M. (2004). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*. São Paulo, v.19, n 1- p. 41-52, jan/abr.

Favoreto, C.A.O. & Camargo, K. R.C (2011). Narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. V. 15, n. 37, pp.83-473, abr./jun.

Ferreira, Enéas (2006). *Adaptação cultural da “ Burn Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): versão para brasileiro que sofreram queimaduras*. Dissertação de mestrado, orientação Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas, pós-graduação em enfermagem fundamental, Universidade de São Paulo.

Ferrer, C. V. (1995). La crítica como narrativa de las crisis de formación. In: LARROSA, Jorge. *Déjame que te cuente*. Barcelona: Editorial Laertes.

Flick, U. (2009). Conceitos de triangulação. In: Flick, Uwe – *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1923/2006). *O Ego e O Id e Outros trabalhos*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud. Vol. XIX . Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914/2004). *À guisa de introdução dos Narcisismos*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de S. Freud. Vol. I, pp. 95-131. Rio de Janeiro: Imago.

Garcia, A.P., Pollo, V, Souza, J.A, Araújo, E. J., Feijó, R & Pereima, M.J. L., (2011). Análise do método clínico no diagnóstico diferencial entre queimaduras de espessura parcial e total. *Rev. Bras. Queimaduras*. 10 (2): 42-49.

Gergen, K. & Warhuus, L. (2007). *Terapia como construção social: características, reflexões e evoluções*. In: Gonçalves, Miguel M. e Gonçalves, Óscar F. (org), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. Coimbra/Portugal: Quarteto.

Gil, A. C. (2009). *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas.

Gill, R. (2005). *Análise do discurso*. In: Bauer, Martin W. E Gaskell, George (ED.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes.

Giroux, H. & Maclaren, P. (1993). Linguagem, escola e subjetividade: elementos para um discurso pedagógico crítico. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v.18, n.2, p.21-35, jul./dez.

Gonçalves, N., Echevarría-Gualino, M.E., Carvalho, F.L., Miaso, A.I & Rossi, L.A. (2011). Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de

queimaduras: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americano Enfermagem*, 19(3):[09 telas], Maio/Jun.

Gonçalves, Ó. F. (1998). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. São Paulo: Editora Psy.

Helman, C.G. (2003). *Interações médico-paciente*. Porto Alegre: Artmed.

Lazzarini, Eliana Rigotto (2006). *Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea: Novos rumos, reiteradas questões*. Tese de doutorado, orientação da Professora Dr^a. Terezinha de Camargo Viana, Instituição de Psicologia, da Universidade de Brasília.

Lopes, N. de F. S., Lopes, M. de F. Marcelo, J. O. & Silva, D. M. da (2011). Religião, Família e Gênero entre lideranças comunitárias católicas de Soledade MG. *Revista de C. Humanas*. Viçosa, V. 11, n. 2, pp. 331-343, Jul/Dez.

Machado, C. & Matos, M. (2007). *Intervenção narrativa com um grupo de mulheres maltratadas: Da desconstrução da posição de vítima à reconstrução de identidade preferenciais*. In: Gonçalves, Miguel M. e Gonçalves, Óscar F. (org.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. Coimbra/Portugal: Quarteto.

Mcdougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Medeiros, L., Kristensen, C. H. & Almeida, R. M. M. (2010). Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. *PePSIC*. Arq. bras. psicol. vol.62 no.1 Rio de Janeiro abr.

Melo, M.S. de S. & Costa, L. P. A. (2010). Implicações sobre as narrativas de Si. *Letras & Letras: Uberlândia* 26 (1) 141-154, Jan./Jun.

Mello, D. R. B. (2010). A psicanálise e seu encontro com a linguagem na obra de Freud. *Revista Científica Internacional: Inter Science Place*. Ano 3 – nº 13 maio/junho.

Mello, A. O. de, Cesar, É., Milene, V. B. & Heberte, R. (2010). O discurso sanitaria com o discurso político e ideológico na república velha. *Revista Historiador*. N. 03, ano 03, Dez Disponível em: <http://www.historialivre.com/revistahistoriador>

Mishler, E. (2002). *Narrativa e Identidade: a mão duplo do tempo*. In: Lopes, Luís Paulo da Mota e Bastos, Liliana Cabral (org) *Identidades: recortes multi e interdisciplinares* (PP. 97 – 119). Campinas – SP: Mercado de letras.

Menezes, R. A. (2010). *Assistência em saúde a situação terminais: entre práticas médicas e crenças religiosas*. RECIIS – R. Eletr. De com. Info. Inv. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n 3, pp 27-36, set.

Molina-Loza, C. A. (2000). *Eu não sabia... mas Clio me contou: narrativas terapêuticas II*. Belo Horizonte: Artesã.

Moreira, J.de O. (2009). Revisitando o conceito de eu em Freud: da identidade à alteridade. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, UERJ, RJ ano 9, n. 1, pp. 233-347, 1º semestre.

Nasio, J-D. (2009). *Meu corpo e suas imagens: não somos nosso corpo em carne e osso, somos o que sentimos e vemos de nosso corpo*. Rio de Janeiro: Zahar.

Orlandi, E. P. (2009). *Análise de discurso: Princípios & Procedimentos*. Campinas - SP: Pontes.

Orlandi, E. P. (1996). *Interpretação, autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Petrópolis, Vozes.

Orr, D.M., Horowitz, G. L. & Tundahi, L. A. (1987). *The abbreviated burn specific health scale*. J. Trauma, V. 27, n. 4, pp. 425-8.

Pintão, M. C. T. & Garcia, A. A. (2003). Tratamento de Distúrbios Hemostáticos em Urgência Médica. *Medicina*, Riberão Preto, 36: 439-445, Abr./Dez.

Polkinghorne, D. E. (1936/1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.

Rempel, L.C.T., Tizzot, M.R.P.A. e Vasco, J.F.M. (2011) Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitários de Curitiba. *Rev. Bras. Queimaduras*.10 (1): 3-9.

Ricoeur, Paul (1983/1994). *Tempo e narrativa: Tomo I*. São Paulo: Papirus.

Ricoeur, Paul (1984/1995). *Tempo e narrativa: Tomo II*. São Paulo: Papirus.

Rondel, L. D. S. (2003). Las Perspectivas nomotética e ideográfica en el trato a la realidad estudiada por las ciencias sociales. *La revista arbitrada Orientación y Consulta*, Vol. 9, n.1.

Rodriguez, J. M. R. (2004). Síndrome Compartimental. *Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular*. Lisboa: 13-19.

Rossi, L. A., Menezes M.A.J., Gonçalves, N. Ciofi-Silva, C.L., Farina-Junior, J. A. & Stuchi, R.A.G. (2010). Cuidados locais com as feridas das queimaduras. *Rev. Bras. Queimaduras*. 9 (2): 54-59.

Sabin, T. R. (1986/2010). *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. London: Praeger.

Schwandt, T. A. (2006). *Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social*. In: Denzin, Noeman K.,

Lincoln, Yvonna S. (col.). O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens. Porto Alegre : Artmed.

Safra, R. (2006). *Desenvolvimento a memória do humano: O brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio*. São Paulo: Edições Sobornost.

Schumacher, S. & Brasil, É. V. (2000). *Dicionário Mulheres do Brasil: de 1500 até a atualidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Silva, M. F. e Silva, M. J. P. (2004). A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 38 (2):206-16.

Siqueira, G. P. (2010). *O conceito de saúde pública e a educação médica no Brasil*. Trabalho apresentado na quarta edição do evento “Diálogos do PET” do curso de ciências sociais da Universidade Federal do Paraná.

Sollero-de-Campos, F. & Winograd, M. (2010). Eu sou meu corpo: o conceito de eu em Freud e de Self em Damásio. *Natureza Humana*. 12(1), pp.133-162, Jan/Jun.

Sperb, T. M. (2010). *Gêneros narrativos e desenvolvimento*. In: Eisenberg, Zena e Parente, Maria A.M.P. (org.), *Psicologia da linguagem: da construção da fala às primeiras narrativas*. São Paulo: Vetor.

Souza, J. Q. S. de (2003). *Vividação na pele restauração: Limite entre o viver e o morrer do paciente grande queimado e o cuidado da equipe hospitalar*. Dissertação de

mestrado, orientação das Professoras Dra. Henriette T. P. Morato e Albenise de O. Lima na pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Staley, M.J. & Richard, R.L. (2004). *Queimaduras*. In: O'Sullivan S, Schmitz TJ, eds. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 4ª ed. Barueri: Manole; p.845-71.

Vale, E.C.S. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais brasileiros de dermatologia*. Rio de Janeiro, Jan./Fev., 80 (1): 9-19.

APÊNDICE

APÊNDICE - I

**A CONSTRUÇÃO NARRATIVA DA RELAÇÃO EU-CORPO EM
PACIENTES ACOMETIDOS DE QUEIMADURAS DE 2º E 3º GRAUS****QUESTIONÁRIO****1. Nome:** _____**2. Idade:** _____**3. Sexo:**☐ Masculino; ☐ Feminino.**4. Estado civil:**☐ Solteiro(a); ☐ Casado(a); ☐ Separado(a); ☐ Divorciado(a); ☐ Viúvo(a).**5. Naturalidade:** _____**6. Cidade (Residência):** _____**7. Escolaridade:**

☐ Ensino Fundamental I	☐ Completo	☐ Incompleto
☐ Ensino Fundamental II	☐ Completo	☐ Incompleto
☐ Ensino Médio	☐ Completo	☐ Incompleto
☐ Graduação	☐ Completo	☐ Incompleto
☐ Pós-Graduação	☐ Completo	☐ Incompleto

8. Profissão: _____**9. Renda Familiar:**☐ De um a três salários mínimos;
☐ De três a seis salários mínimos;
☐ De seis a nove salários mínimos;
☐ Acima de nove salários mínimos.**10. Está fazendo acompanhamento psicoterápico?**☐ Sim; ☐ Não.**11. Está fazendo uso de medicação? Qual?** _____☐ Sim; ☐ Não.

APÊNDICE - II**ENTREVISTA*****Tema:***

DIANTE DO EVENTO DA QUEIMADURA, ME FALE SOBRE VOCÊ?

Roteiro de Perguntas:

- * Há quanto tempo está em tratamento?
- * Como foi o acidente que resultou nas queimaduras?
- * Você precisou fazer alguma cirurgia reparadora?
- * Onde foi o acidente?
- * Como ocorreu o acidente?
- * Quem socorreu?
- * Como você era antes do acidente?

APÊNDICE - III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

O Sr.(^a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada, A CONSTRUÇÃO NARRATIVA DA RELAÇÃO EU-CORPO EM PACIENTES ACOMETIDOS DE QUEIMADURAS DE 2º E 3º GRAUS sob responsabilidade da pesquisadora FABIANE MÔNICA DA SILVA GONÇALVES (CRP-02/14488).

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em duas vias, uma das quais ficará com o Sr.(^a) e a outra, com a pesquisadora responsável. Desde já, ficam garantidos o sigilo das informações fornecidas e a não penalização em caso de recusa de participação.

Este estudo tem a finalidade de investigar como pacientes que sofreram queimaduras de 2º e 3º graus organizam a sua concepção do eu corporal. Sua participação poderá contribuir para a ampliação do entendimento sobre a experiência de ser queimado e na compreensão de como esta experiência pode alterar a sua concepção do eu corporal. Desse modo, os **benefícios** desta pesquisa se constituem na possibilidade de proporcionar um espaço de narração em que você possa falar sobre os efeitos que o incidente gera nos seu corpo e, assim, poderá lhe viabilizar uma reorganização da sua noção do eu corporal após o acidente. Mesmo sendo garantido o seu anonimato, há o **risco** de você se sentir desconfortável em fornecer informações acerca dessa experiência. Outro risco se refere ao possível desconforto que a recordação do evento da queimadura pode gerar. Nessa direção, a pesquisadora responsável por esta pesquisa se propõe, caso você queira, a lhe encaminhar para um acompanhamento psicoterápico com o profissional do setor de psicologia da instituição.

Os dados dos questionários e das entrevistas, após transcritos, bem como uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficarão de posse da pesquisadora responsável até o termino desta pesquisa. Logo após o termino da pesquisa, os questionários, as gravações e as transcrições das entrevistas farão parte do banco de dados de Narrativas pertencente ao Núcleo de Pesquisa em Narrativa, Cultura e Desenvolvimento – situado na Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, 8º. Andar, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco e ficarão sob os cuidados da orientadora dessa pesquisa e coordenadora do Núcleo, professora Dra. Luciane De Conti. Esclarecemos que esse material será utilizado única e exclusivamente para fins acadêmicos, sendo garantido o sigilo em relação aos dados dos participantes.

Contato com a pesquisadora responsável:

Fabiane Mônica da Silva Gonçalves

Rua Almirante Cochrane, 226, Santo Amaro, Recife-PE.

Telefone: (81) 8816-9364.

E-mail: fmsg2009@hotmail.com

Contato com a orientadora do projeto de pesquisa:

Profa. Dra. Luciane De Conti

* Elaborado com base na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial. Nº 201, 16/10/96.

Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva – 8º. Andar – CFCH –UFPE

Telefone: (81) 21268272

E-mail: luciane.conti@ufpe.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP – UFPE

Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Cidade Universitária, Recife-PE.

CEP: 50740-600.

Telefone: (81) 2126 8588.

Tendo sido convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada, A CONSTRUÇÃO NARRATIVA DA RELAÇÃO EU-CORPO EM PACIENTES ACOMETIDOS DE QUEIMADURAS DE 2º E 3º GRAUS, fui informado(a) que esse estudo objetiva investigar como o paciente organiza narrativamente a sua noção do eu corporal, tendo como referência o incidente da queimadura. Foi-me esclarecido que minha participação poderá contribuir para a ampliação do entendimento sobre a experiência de ser queimado, no intuito de compreender como esta experiência pode alterar o posicionamento da noção do eu corporal da vítima de queimaduras severas.

Após ler o presente termo, receber explicações sobre a pesquisa e ter assegurados meus direitos de:

1. Obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado (anonimato) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com a pesquisadora responsável por este estudo, através dos contatos fornecidos, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 2012.

(Nome do participante entrevistado)

(Assinatura do participante entrevistado)

(Testemunha 1)

(Testemunha 2)

Eu, **Fabiane Mônica da Silva Gonçalves**, pesquisadora responsável frente ao Comitê de Ética que aprovou a presente pesquisa, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante.

(Assinatura do pesquisador)