

**“Quem sabe a dor da queimadura é quem está queimado”:
experiências de pacientes queimados à luz da Gestalt-Terapia**

**"Who knows the pain of the burn is the one who is burned": experiences
of burned patients in the light of gestalt-therapy**

**Andreza Dantas Nogueira
Jeniffer Lene Barbosa Braz de Almeida
Deyseane Maria Araújo Lima**

RESUMO:

O presente artigo tem como objetivo descrever a percepção dos pacientes queimados no Centro de Tratamento de Queimados de Fortaleza (CE), em relação ao enfrentamento desta enfermidade e sob a perspectiva da Gestalt Terapia. O estudo teve sua pesquisa desenvolvida segundo uma abordagem qualitativa e tendo como modalidade de investigação a pesquisa de campo. O local escolhido foi o Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota em Fortaleza (CE). As técnicas utilizadas para produção de dados foram a observação participante e a entrevista semiestruturada. Foi elaborado um roteiro de entrevista, composto de sete perguntas, as quais foram de grande importância para a coleta de dados descritivos dos voluntários, possibilitando serem criadas ideias sobre como interpretam a situação vivenciada. Participaram da pesquisa nove voluntários, onde a partir de seus relatos, pode-se observar que durante o tratamento da enfermidade os mesmos enfrentam diversas dificuldades. E a maior dificuldade é a dor, que é uma experiência puramente subjetiva, porém simbolizada como: perda da vontade de viver, acúmulo de marcas físicas e psíquicas, dor da alma, dentre outras. Conclui-se sobre a relevância da atuação do psicólogo no hospital no trabalho com pacientes com queimaduras pode propiciar uma resignificação de seu adoecimento.

Palavras-chave: Dor; Queimaduras; Tratamento; Psicologia; Gestalt-Terapia.

ABSTRACT:

The present article aims to describe the perception of patients with burn injuries at Centro de Tratamento de Queimados (Burn Treatment Center) in Fortaleza (CE), concerning the confrontation of this infirmity under the scope of Gestalt Therapy. This study was developed following a qualitative approach and field research as an investigative modality. The chosen place was Centro de Tratamento de Queimados (Burn Treatment Center) of Instituto Dr. José Frota in Fortaleza (CE). The techniques employed for the production of data were the participant observation and the semi-structured interview. An interview script, composed of seven questions, was elaborated. These questions, being relevant for the volunteers' data collection, allowed the conception of ideas on how to interpret the experienced circumstance. Nine volunteers participated in the research, resulting in the observation that these patients cope with several difficulties through the treatment. The pain, a purely subjective experience, is the biggest one. The loss of zest for life, the collection of physical and psychological marks and pain of the soul are some of the symbols for pain. The conclusion shows the relevance of the psychologist's performance among burned patients in the hospital, which can provide a resignification of their disease.

Keywords: Pain, Burns, Treatment, Psychology, Gestalt-Therapy.

Considerações Iniciais

O presente estudo foi realizado a partir do interesse das autoras em ampliar seus conhecimentos em Psicologia Hospitalar e Gestalt-Terapia. Portanto, depois de algumas discussões sobre o possível interesse em pesquisar a temática da queimadura no contexto hospitalar, foi visto que há um hospital da rede pública de Fortaleza que é considerado referência no Norte e Nordeste nos atendimentos aos pacientes vítimas de queimaduras e outros traumas, segundo o Catálogo de Serviços da Prefeitura Municipal de Fortaleza - CE. Portanto, observa-se que tal instituição seria o local mais adequado para a pesquisa ser executada, mais especificamente no setor de queimados.

Um trauma térmico, independentemente de sua extensão, é uma agressão que pode causar danos físicos e psicológicos ao paciente. O mesmo, durante a internação hospitalar, é acometido por muitos estressores físicos, onde o principal deles é a dor. Além disto, há também os estressores psicológicos devido ao paciente separar-se da família e do trabalho, ao acometimento de mudanças corporais, à perda da autonomia, dentre outras (CARLUCCI, ROSSI, FICHER, FERREIRA & CARVALHO, 2007).

A queimadura é uma lesão na pele ou em outros tecidos, podendo acarretar destruição parcial ou total de suas células. Esta lesão pode ser causada por agentes térmicos, químicos ou elétricos. Dependendo da gravidade é classificada em queimadura de primeiro grau, segundo grau ou de terceiro grau (BRASIL, 2012).

O tratamento deve ser executado em uma unidade especializada para queimados por uma equipe multidisciplinar treinada para tais casos, como: médicos especializados, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc. (GUIMARÃES, SILVA & ARRAIS, 2012).

A atuação do psicólogo dentro do ambiente hospitalar vem crescendo bastante comparada às últimas décadas. O avanço da Psicologia Hospitalar colaborou com uma certa sistematização de apoio, manejo, acompanhamento e cuidado que tal profissional pode oferecer, favorecendo, mas não determinando, que o paciente venha a aderir ao seu tratamento, facilitando as intervenções médicas. Logo, esse auxílio beneficia também o paciente na melhoria da qualidade de vida e no avanço de sua recuperação (GUIMARÃES, SILVA & ARRAIS, 2012).

Dentro dessa visão integral de saúde, o foco da psicologia hospitalar é a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, abrangendo não somente a internação em si (patologia), mas principalmente as consequências emocionais dessa experiência de institucionalização (CAMON, 1995).

Geralmente, é esperado que o psicólogo usufrua de uma abordagem psicológica como forma de manejar seus atendimentos e por este motivo a abordagem da Gestalt-terapia foi utilizada neste estudo para que se tivesse um olhar mais amplo da situação dos pacientes queimados e da forma como eles

enfrentam a internação e experienciam suas dores, em que desenvolve uma perspectiva holística do ser humano, integrando, ao mesmo tempo, as dimensões orgânicas, sensoriais, afetivas, intelectuais, sociais e espirituais (GINGER & GINGER, 1995).

A pessoa com queimadura deve ser vista como um ser singular, que é repleto de subjetividade e que tem suas próprias características consequentes ao trauma que sofreu. Dentre essas características, a que mais se destaca é a dor (ROSSI, CAMARGO, SANTOS, BARRUFFIN & CARVALHO, 2000).

A questão que norteou este artigo foi: qual a percepção dos pacientes queimados em relação ao enfrentamento da enfermidade no Centro de Tratamento de Queimados de Fortaleza (CE)?

Teve-se como objetivo geral: descrever a percepção dos pacientes queimados em relação ao enfrentamento da enfermidade sob a perspectiva da Gestalt Terapia no Centro de Tratamento de Queimados de Fortaleza. E como objetivos específicos: compreender como as manifestações da dor são percebidas pelos pacientes queimados durante o tratamento; relatar a visão dos pacientes queimados sobre as dificuldades do tratamento; retratar a atuação do psicólogo hospitalar com os pacientes queimados sob a ótica da Gestalt-Terapia.

A relevância deste estudo para a comunidade científica será descrever a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, promovendo a discussão de mais conhecimentos sobre o tema, devido à escassez de pesquisas sobre o assunto; ressaltar os aspectos físicos e psicológicos da queimadura; descrever a experiência de se vivenciar uma queimadura e suas possíveis consequências.

Salienta-se que se deve compreender junto aos participantes como é sentir-se paciente (passivo); dar a oportunidade para que os mesmos possam falar de suas dores, problemas, sofrimentos em relação ao tratamento que enfrentam; facilitar o processo de exposição de seus medos, aflições e anseios; compreender a importância dos atendimentos psicológicos durante a vivência da internação.

Consequentemente, pretende-se contribuir com a produção de mais conhecimentos e divulgá-los, especialmente para os estudantes que se interessam pelo tema e para os profissionais da área hospitalar, onde as dores, danos e sofrimentos são intensos e rotineiros.

2 Metodologia

O presente artigo teve sua pesquisa desenvolvida segundo uma abordagem qualitativa por possuir características como: ambiente natural como fonte direta dos dados; é descritiva; preocupação com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; análise indutiva dos dados; o significado é a preocupação essencial. Esta abordagem volta-se ao estudo da compreensão do fenômeno em seu ambiente natural, analisando o problema processualmente, sendo uma de suas maiores contribuições (OLIVEIRA, 2007).

Além disso, este estudo teve como modalidade de investigação a pesquisa de campo, pois entende-se que a mesma pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada exigindo um encontro mais direto. As pesquisadoras precisaram ir ao espaço onde os fenômenos ocorreram para reunirem um conjunto de informações a serem documentadas e analisadas (GONSALVES, 2001).

O local escolhido para a realização desta pesquisa foi o Instituto Doutor José Frota (IJF), que segundo o Catálogo de Serviços da Prefeitura Municipal de Fortaleza – CE (sem data), é considerado o maior centro médico de urgência e emergência de nível terciário da rede de saúde pública da Prefeitura de Fortaleza, sendo também referência no Norte e Nordeste no socorro às vítimas de traumas de alta complexidade, como fraturas múltiplas, lesões vasculares e neurológicas graves, queimaduras e intoxicações, oferecendo atendimento 24 horas para casos de extrema gravidade, por demanda espontânea ou por encaminhamento dos órgãos de regulação de leitos municipal e estadual.

Sobre o setor onde foi produzida propriamente a pesquisa, o Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Instituto Dr. José Frota (IJF), de acordo com o site da Prefeitura de Fortaleza (2013), é referência em todo o País em tratamento de queimaduras. No CTQ, são realizados tratamentos de média e alta complexidade. Cerca de 100 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, formam uma equipe multidisciplinar que ajudam a tornar o Centro um dos melhores do Brasil. No CTQ do IJF, são efetuados, em média, 50 a 80 curativos ambulatoriais por dia. Por mês, são internados cerca de 50 pacientes. A taxa de ocupação varia entre 70% a 100% dos 30 leitos existentes. Diariamente, são executados os serviços ambulatoriais, de internação e de emergência que funcionam 24 horas.

As técnicas utilizadas para produção de dados foram a observação participante e a entrevista semiestruturada. Através de ambas, foi permitido que as pesquisadoras pudessem ficar mais próximas dos participantes da pesquisa, bem como do ambiente, fazendo com que fossem observados os aspectos não verbais dos pacientes ou os que pudessem influenciá-los em seu enfrentamento da enfermidade, suas manifestações de dor, dentre outros aspectos que viessem surgir e contribuir para que fossem atingidos os objetivos da pesquisa da forma mais íntegra possível.

Foi utilizado como instrumento um roteiro semiestruturado composto de 7 (sete) perguntas para as entrevistas. Todas as perguntas e respostas obtidas auxiliaram na resolução dos objetivos propostos. O uso do gravador foi autorizado por todos os entrevistados, facilitando a posterior transcrição e análise de dados.

As perguntas colocadas foram: Descreva sua rotina no CTQ. Você gostaria de falar sobre como o acidente ocorreu? Qual a maior dificuldade do tratamento para você? Que significado você daria para a sua dor? Existe/existiu alguma situação que você acha que influenciou na piora ou na melhora da sua dor? O quê? Você está tendo atendimento psicológico aqui durante esse tempo de internação? Você acredita que foi/é importante ter um acompanhamento com um (a) psicólogo (a)?

Outro instrumento utilizado na coleta de dados foi o diário de campo, que são registros realizados pelas pesquisadoras que implicam as percepções sobre o campo de atuação. Compuseram o diário de campo: conversas informais, observações de alguns comportamentos considerados relevantes, falas e impressões pessoais, descrições (aparência, modo de falar, e algumas particularidades), falas (diálogos, palavras, gestos, expressões corporais, etc.), descrição do espaço físico (organização do espaço).

A análise de dados coletados foi feita através da análise de conteúdo, escolhida por ser uma técnica que visa à interpretação de material qualitativo de forma objetiva, sistemática e com a riqueza revelada durante a coleta dos dados (BARDIN, 2009). Durante a análise dos materiais, buscou-se classificá-los em temas e categorias, que auxiliaram as pesquisadoras na compreensão do que estava por trás dos discursos (SILVA & FOSSÁ, 2013).

O desenvolvimento do estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Instituto Dr. José Frota (IJF) e pela Plataforma Brasil, com parecer de número 2.376.078, bem como esteve em conformidade com a Resolução 466/12, que dispõe sobre a ética da pesquisa com seres humanos e que os sujeitos autorizaram sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo, portanto, a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejassem, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo à sua saúde ou bem estar físico.

Após a aprovação da pesquisa, as autoras compareceram ao local para realizar a coleta de dados. Já no interior do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), foram levadas ao posto das enfermarias, para checar na lista dos pacientes, quais deles estavam dentro dos critérios de inclusão do estudo, que foram: ser paciente queimado do CTQ, a partir de 10 (dez) dias de internação; estar consciente; ser adulto a partir de 18 anos de idade, de ambos os sexos, abrangendo a multiplicidade de causas dos acidentes, podendo ser qualquer uma.

Quando a lista dos pacientes internados foi avaliada, 12 (doze) pacientes estavam dentro dos critérios de inclusão acima citado. Porém, no dia da realização da coleta de dados, apenas 9 (nove) pacientes voluntariaram-se em contribuir com a pesquisa. Os outros 3 (três) sentiram-se indispostos a colaborar.

O anonimato dos entrevistados foi cumprido durante todo o decorrer do estudo. Sobre a maneira como foram chamados, optou-se por fazer uma homenagem às crianças vítimas da tragédia do massacre de Janaúba, denominando os pacientes com os respectivos nomes das vítimas fatais: Ana Clara, Cecília, Juan Miguel, Juan Pablo, Luis Davi, Matheus Felipe, Renan Nicolas, Thallyta Vitória e Yasmin.

O massacre de Janaúba foi um episódio ocorrido no dia 5 de outubro de 2017, em uma creche municipal no município de Janaúba, no estado brasileiro de Minas Gerais, onde o vigilante noturno da creche Gente Inocente, no bairro Rio Novo, ateou fogo em si mesmo, em uma professora e em diversas crianças, no qual deixaram vários feridos, além da confirmação de algumas mortes.

A escolha dos nomes fictícios para os pacientes relacionados ao massacre deu-se por conta de ter sido uma tragédia que teve, como tipo de causa, o fogo, bem como da repercussão manifestada não só pela mídia brasileira, como também estrangeira, além de ser considerada nacionalmente uma tragédia catastrófica, que mobilizou todo o país.

Foram entrevistados cinco homens e quatro mulheres. As idades variaram entre 34 a 64 anos. Os casos diferenciavam-se em clínicos ou cirúrgicos. O CID dos participantes englobava: T233 (Queimadura de terceiro grau do punho e da mão); T300 (Queimadura, parte do corpo não especificada, grau não especificado); T303 (Queimadura de terceiro grau, parte do corpo não especificada) e T312 (Queimaduras envolvendo 20 – 29% da superfície corporal).

A seguir, baseado em todos os materiais fundamentados e transcritos, foram selecionados temas com categorias, compreendendo o relato de cada paciente, através da submissão dos mesmos à análise de conteúdo.

3 “A dor é forte. Muito forte!”: O ato da queimadura

Para um maior entendimento do paciente e de suas experiências frente ao seu processo de queimadura, salienta-se a importância da elucidação sobre o que é a queimadura e seus agravos.

De acordo com os autores Rossi, Ferreira, Costa, Bergamasco & Camargo (2003), as queimaduras podem ser classificadas em físicas e químicas. As mesmas serão diferenciadas pelos agentes agressores. Por exemplo, na primeira, os agentes agressores podem ser térmicos, elétricos e radiantes, já na segunda, que são as químicas, os agentes são os ácidos ou álcali. As causas dos acidentes dos pacientes entrevistados por agressores químicos foram: acidente doméstico, violência doméstica, violência urbana e acidente automobilístico, já por agressor físico competiu apenas: acidente de trabalho.

A queimadura, portanto, é uma experiência de transferência de energia e trata-se de um acontecimento com alta tensão, ocorrendo o contato de um agente agressor para o corpo do paciente, ocasionando, assim, a morte das células e deixando o paciente com profundas e devastadoras lesões (BOLGIANI & SERRA, 2010).

No Brasil, é dificultoso encontrar porcentagens recentes e atualizadas de casos de queimaduras. Porém, Souza et al., (2009) afirmam que os pacientes atendidos em hospitais nos territórios brasileiros respondem por cerca de 100.000 indivíduos atendidos anualmente, sendo as principais causas de morbidade e mortalidade em nosso país.

3.1 “Muitas vezes chorei de dor”: O Tratamento e a Dor

Segundo Carlucci et al., (2007), ao sofrer uma queimadura, o paciente passará por três fases de recuperação, englobando não só os aspectos físicos como também os psicológicos. A primeira fase é o estágio crítico, de ressuscitação ou de estabilização: corresponde as primeiras 72 horas após o acontecimento do acidente caracterizando-se pela vulnerabilidade e fragilidade do paciente. Quando o mesmo se estabilizar, passará para a segunda parte, que é uma fase aguda de reabilitação: onde serão realizados os procedimentos considerados bastante dolorosos e que geralmente fazem os pacientes criarem expectativas em relação aos seus resultados, pois esses procedimentos ocorrem em um

momento de maior consciência de choque físico e psicológico do trauma. Por fim, a terceira fase é a de reabilitação de longa duração: a mesma inicia-se quando o paciente está prestes a ter alta hospitalar.

Interligando tais fases com o momento atual dos pacientes submetidos ao estudo, pôde-se perceber que a maioria se situava na segunda fase, ou seja, na fase aguda de reabilitação e os demais seguiam para a terceira fase, prestes a receberem alta médica. Apesar de alguns já estarem internados há muito tempo, suas condições clínicas ou cirúrgicas favoreciam a estadia da maioria dos pacientes na segunda fase.

De acordo com a literatura, nas unidades de queimados de uma maneira geral, a hora do banho e do curativo são consideradas os acontecimentos mais importantes, porque todas as outras atividades têm alguma relação com esses dois procedimentos, além de envolver a participação de um maior número de profissionais da equipe, sendo esses os momentos onde a dor está mais presente (ROSSI et al., 2000).

Tal fato entrou em consonância com a verbalização da maioria dos pacientes, no que se refere à hora do banho como um dos momentos onde a dor mais aparece. Os momentos depois do banho também são dolorosos, segundo eles.

O tratamento é bastante doloroso né? Tanto o banho normal, como o banho anestésico Quando eu vou para os banhos, eu tento esquecer, entendeu? Eu vivo aquilo lá, mas eu tento apagar da minha mente depois. Eu faço assim, eu vou...e quando dói eu fico pedindo forças, no meu interior, dentro de mim. E depois eu tento apagar da memória. Eu tento não ficar sofrendo... tento apagar aquilo da minha mente. Mas é angustiante! Você já começa a sofrer quando sabe que vai para o banho, porque sabe que vai sentir dor. Quando eu vou tomar banho eu sempre peço pra colocar uma toalha no meu rosto pra eu não ficar me olhando e pra eu ficar pensando em outras coisas, sem focar o pensamento na dor (YASMIN).

Foi percebido que a hora do banho gera ansiedade, medo e desconforto. No caso de Yasmin, tornou-se algo tão doloroso que a mesma já sofre por antecipação só em saber que está chegando a hora. Este relato sobre a dor pode ser entendido como uma tentativa de comunicar uma experiência que, muitas vezes, envolve comoção e sofrimento.

Os ferimentos ficam doendo, são ruins. Mas as dores...vão ficar marcadas!
(THALLYTA VITÓRIA).

Acredita-se que por trás desta simples frase, há uma imensidão de significados. Essas marcas continuarão sendo tanto físicas (na pele) como psíquicas (memória, lembranças). Esperar a cicatrização e os processos de cirurgia plástica para tentar ao máximo manter suas características naturais não serão completamente suficientes para esquecer o que enfrentou.

Segundo Sousa (2002), a dor pode ser definida como uma danificação nos tecidos, sendo uma experiência puramente subjetiva, sendo que por esta razão, toda pessoa a perceberá de forma diferente, pessoal e particular.

A capacidade de sentir a dor é primordial para a sobrevivência. Ela é o primeiro indício de qualquer lesão tecidual. O calor, o frio, a pressão, a corrente elétrica, os irritantes químicos e até mesmo os movimentos bruscos são alguns dos estímulos que resultam em lesão ou ferimento, levando o indivíduo a adquirir uma sensação de dor (SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2011).

Diferente de outros sistemas sensoriais, todavia, o sistema sensorial para a dor é extremamente amplo; uma sensação dolorosa pode ser iniciada em qualquer parte do corpo ou no próprio sistema nervoso central (SNC). Vários locais são emparelhados aos vários tipos de sensações de dor. A sua percepção é claramente uma rica e multidimensional experiência, a qual varia tanto em qualidade quanto em intensidade sensorial, assim como em suas características afetivo-motivacionais. (SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2011, p. 138).

Quando perguntados sobre qual o significado da dor, foi pedido aos pacientes que dissessem em palavras o que aquela dor representava. Evidentemente, as respostas de cada um foram singulares e subjetivas. Deram um significado com palavras diferentes, mas que de certa forma se complementavam. No mais, foi visto que faltam palavras suficientes para expressar a dor de uma queimadura.

Cara... é um negócio sério, viu? Sei lá, não tem como explicar. Pra mim foi insuportável. Acho que foi a pior coisa que já aconteceu na minha vida. Porque ninguém quer sentir dor, né? Às vezes, um cantinho de unha te incomoda. Cara... é insuportável... insuportável! Não desejo nem para o meu pior inimigo, isso aqui. Já chorei várias vezes. (LUIS DAVI).

Este relato de Luis Davi sobre sua dor ser tão abominável, remete ao fato de que esta é uma experiência tão forte, que não dá para ser pensada e nem mesmo desejada ao pior inimigo. É como se tal momento para ele ficasse suspenso: a reflexão foi praticamente impossível, dado o imenso e intenso sofrimento físico e psíquico que viveu.

A dor é horrível, é muita dor. Tem coisas que eu até evito fazer porque sei que vai doer, tipo: fazer cocô! Porque quando vão me limpar, precisam me virar de um lado para o outro, aí eu não consigo nem dormir de tanta dor (ANA CLARA).

O discurso de Ana Clara apresenta muitas das limitações e dificuldades de adaptação ao tratamento que os pacientes passam durante a internação. Deixar de fazer certas coisas, até mesmo as necessidades fisiológicas, não poder se locomover, nem comer e nem andar, foram também exemplos de outros pacientes, remetendo-se tal fato, a uma grande tensão emocional e desconforto físico.

Por conseguinte, o grau e a duração da dor que um paciente suporta vão depender basicamente de alguns fatores, como: o seu estado emocional frente ao acontecimento e ao tratamento, a extensão e a localização da queimadura, o nível de ansiedade e de tolerância à dor, experiências anteriores, cultura e faixa etária. Por ser algo multidimensional, os significados culturais, pessoais e situacionais devem ser levados em conta pelos profissionais da saúde (ROSSI

et al., 2000).

Negromonte (2010, p. 17) aponta que a dor é a causa mais frequente de consultas médicas, onde “a prevalência na população geral varia de 11% a 44%. No Brasil, um terço das consultas tem a dor como principal causa. A dor está ainda entre as queixas de 70% dos demais pacientes”.

De acordo com Garrido (2005), o tratamento da queimadura é algo complexo e longo, envolvendo cirurgias e enxertos. Os pacientes que precisam desse tratamento passam por situações que os deixam incapacitados de serem sujeitos autônomos de suas vidas, além do fato de eles precisarem se distanciar do convívio com a família. Dessa forma, os pacientes precisam ter paciência para conseguirem concluir o tratamento que pode durar dias, semanas ou até mesmo meses.

A maior dificuldade é o tratamento em si mesmo. Os banhos, sabe? E a demora também... Não é um tratamento rápido sabe, você tem que depender das queimaduras saírem, tem que saber se vai fazer enxertos ou se não vai... Tudo você cria expectativa né? Então é tudo muito demorado, dependendo do grau da queimadura. Como eu tive muitas queimaduras, então eu já tô aqui há um mês, então é assim mesmo, muito demorado! (YASMIN).

Pelo fato da reestruturação do corpo do paciente queimado ser um processo subjetivo e individual, a sua recuperação vai depender de múltiplos aspectos, englobando por exemplo, como o mesmo interpreta suas emoções, sentimentos vinculados ao acidente e ao tratamento, bem como sua situação atual, onde tais interpretações podem ajudá-lo a ressignificar este momento (GARRIDO, 2005).

Por conta disso, o tratamento em si mesmo foi um aspecto muito relevante quanto às dificuldades enfrentadas. Os momentos dos banhos, os cuidados com as lesões, a necessidade de locomoção, a realização de enxertos, além da demora do tratamento por ser lento, foram pontos destacados durante as entrevistas e também durante o referencial teórico mencionado, visto que, para cada situação dessas, haverá interpretações, emoções e sentimentos diferentes, sendo também necessária neste momento uma maior aproximação e cuidado da equipe para com o paciente.

Entretanto, a rotina que os pacientes levam no CTQ foi considerada pelos mesmos um aspecto favorável durante a internação. Foi unânime a concordância de que o atendimento na unidade é humano e agradável. Existe o cuidado e a paciência por parte da equipe médica. A alimentação e as medicações (que aliviam as dores) são realizadas em seus devidos horários.

Bom, até aqui a rotina foi boa, graças a Deus, apesar da doença que não é coisa boa. Temos um bom tratamento, as pessoas tratam a gente bem, nos tratam até como se fôssemos crianças, de tão bem que eles nos tratam! Tem aqueles probleminhas com as dores, mas eles vêm, aplicam os remédios e tudo continua bem. (JUAN PABLO).

Essa questão do bom funcionamento acaba tornando-se positiva tanto para a equipe como principalmente para os pacientes, que já estão confinados

naquele local, longe da família e de todas as atividades que faziam antes. Ter um bom atendimento auxilia na diminuição das preocupações e estresses advindos da hospitalização.

3.2 “Este acidente mudou completamente a minha vida ...”: O Paciente Queimado

A pessoa que sofreu queimaduras e que precisa de internação e acompanhamento da equipe especializada do hospital para a sua recuperação enfrenta diversas complicações em todo o seu processo. Segundo Carlucci et al. (2007), esse paciente enfrentará uma diversidade de elementos estressores físicos, como: infecção, dores, perda de fluidos e acidose (acidez sanguínea excessiva); e também elementos estressores psicológicos, que podem ser: separação da família e do trabalho, despersonalização, perda da autonomia, medo, dentre outros que podem surgir dependendo da particularidade de cada um.

No que se refere à separação da família, tal circunstância foi revelada por um paciente. O mesmo relatou o quão a saudade dos filhos dificultou no tratamento. Estar sozinho e ficar sem vê-los foi o que mais o incomodou.

Encarar a vida foi a maior dificuldade (choro forte). Eu tinha acabado de vir de uma separação. Eu só estava com um mês e quinze dias de serviço. Aí eu lembrava muito da minha filha. Isso aí judiou muito de mim também. Ela também é de Brasília né?! Aí eu tenho ela de seis anos e outro filho de dezesseis anos (choro) Ah...! Isso me judiou demais! Não sou uma pessoa perfeita, mas sou muito família. Eu sempre fui! Aí você aqui... Você lembra mais ainda! (LUIS DAVI).

Este desabafo de Luis Davi leva-se, portanto, ao fato de que as sequelas da queimadura podem alterar o convívio com outras pessoas, sejam elas da família, do trabalho ou do convívio social, o que pode provocar sentimentos de saudade e sensação de improdutividade por ter-se afastado do emprego que entrou recentemente.

No que concerne à perda da autonomia, a dependência de ajuda foi muito enfatizada durante a entrevista por uma paciente.

É tão difícil ficar sem andar, sem poder fazer as coisas que você fazia antes... Ser só cuidada pelos outros! Mas se eu disser que esse acidente mudou completamente a minha vida... Que pena pra pior né? (risadas). Porque antes eu era bem ativa. Gostava de sair, vender coisas, arrumava minha casa e cuidava dos meus filhos... Tão bom! Eu só queria ter aquela minha vida de volta. Mesmo com as marcas né, mas ativa! (CECÍLIA).

Esta dificuldade da dependência de outras pessoas para realizar tarefas que antes fazia sozinha, pode vir a causar sentimentos de inutilidade no paciente. No caso de Cecília, expressar tal fato fez com que ela desse conta do quão tornou-se passiva desde quando o acidente aconteceu.

No processo de internação, o paciente passa a ter também várias preocupações com o seu corpo após o acidente, devido às incertezas de como

ficarão as cicatrizes, sequelas e o funcionamento do corpo. (CARLUCCI et al., 2007).

De acordo com Garrido (2005, p. 05), *“muitos dos pacientes não recuperam o corpo que tinham antes do acidente, experimentando a morte do seu antigo corpo...”*. Tais preocupações com as cicatrizes no corpo foram descritas por duas pacientes. Consequentemente, após a verbalização do medo ou da vergonha, ambas enfatizam que as marcas de nada importavam comparadas ao desejo da melhora e da recuperação. Cecília, portanto, explica:

No começo eu chorava muito quando via as cicatrizes... Mas aí eu fui vendo que isso não é nada. O importante é que Deus tenha me dado uma segunda chance. Mas quando a gente lembra que era boa... Que podia usar a roupa que queria... O corpo da gente sem nenhuma queimadura e sem nenhuma marca... É difícil... A gente quer voltar ao passado, mas não pode (risada). Ter que viver com o que tá né? E procurar melhorar (CECÍLIA).

Sabe-se, portanto, que as queimaduras afetam a estrutura do corpo de uma pessoa e podem alterar sua imagem, e as reações a tais alterações são influenciadas pelos padrões da sociedade de uma maneira geral. Essas reações diante da mudança da imagem corporal estão relacionadas à forma de como essa mudança é percebida pelos pacientes, que será de forma pessoal e singular para cada um.

4 “Você chega a perder as esperanças de viver”: O papel do psicólogo no âmbito da saúde

A Psicologia da Saúde busca compreender e atuar sobre a relação existente entre comportamento e saúde e comportamento e doenças, onde, através de intervenções psicológicas, tenta contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades visando à promoção e manutenção da saúde e à prevenção de doenças (TEIXEIRA, 2004).

De acordo com os voluntários, o psicólogo é um profissional da saúde, que colabora de forma positiva no tratamento e contribui para o bem-estar dos mesmos. Quando questionados sobre a importância de um acompanhamento psicológico, foi unânime a concordância de todos que sim. Para eles, o psicólogo ajuda em relação ao emocional, a uma nova chance de ver e viver a vida, incentivam e levam esperança. O relato de Cecília transmite bem a sua percepção sobre este profissional dentro do hospital:

É muito importante porque você fica com o emocional muito... Perturbado né? Lembrando do acidente... De tudo! A gente fica sem ânimo, aí com a psicóloga a gente vai vendo que vai poder viver a vida da gente de novo. Não como era antes porque nosso corpo fica cheio de cicatriz e a gente fica vendo (CECÍLIA).

O paciente queimado terá maior qualidade de vida e motivação em sua recuperação, à medida que os psicólogos possam dar voz a eles e também considerar seus anseios e sofrimentos.

No Brasil, os primeiros movimentos mais consistentes da área de Psicologia da

Saúde foram em hospitais (ALMEIDA, 2011). Uma das inúmeras atividades do psicólogo no ambiente hospitalar é entender a dor do paciente, que pode vir expressa, ou não, por uma doença física, agregada a certo sofrimento e impossibilidades. Quando este paciente quer ser escutado, ele também deseja falar, na maioria das vezes, que a sua dor é uma “dor da alma” (SILVEIRA, 2006).

Tal desejo de ser escutado pode ser percebido no relato de Juan Miguel:

É... Eu acho bom, porque as vezes a gente tá sozinho aqui e aí se aparecer alguém pra conversar, a gente já muda... Já temos um pouco mais de esperança. Porque você chega aqui queimado, que nem eu cheguei, as duas pernas. Passa um monte de dias sentindo dor... Você chega a perder as esperanças de viver (JUAN MIGUEL).

Neste sentido, percebe-se que para diminuição e alívio do sofrimento, a compreensão e a escuta por parte do psicólogo podem auxiliar o paciente durante o momento de internação.

De um modo geral, sobre o acompanhamento psicológico dos pacientes do CTQ, foi percebido que a psicologia realiza apenas um contato inicial com alguns pacientes. Os voluntários não informaram o total de atendimentos realizados pela psicologia, contudo, deixaram claro que foram poucos e somente no período inicial da internação. Portanto, os pacientes não usufruem de um acompanhamento psicológico a longo prazo e sistemático.

5 “O tratamento dessa queimadura vem ocasionar umas dores, mas é para o nosso bem”: A Gestalt-Terapia e o processo de saúde e doença

De acordo com Ginger e Ginger (1995), Gestalt é uma palavra alemã, hoje adotada no mundo inteiro, pois não há equivalente em outras línguas. Gestalten significa “*dar forma, dar uma estrutura significante*”. A Gestalt Terapia é uma abordagem humanista, fenomenológica e existencial, fundamentada e influenciada por várias outras correntes filosóficas.

A respeito da origem da Gestalt-Terapia têm-se algumas divergências na literatura, pois, para alguns autores, o fundador é Fritz Perls (psicanalista judeu de origem alemã); para outros, não se pode falar de apenas um fundador, mas de alguns fundadores, que compreendia um médico, um educador, dois psicanalistas, um filósofo, um escritor e um especialista em estudos orientais, nomeado de “o grupo dos sete”, composto pelos Perls, Fritz e Laura, Paul Goodmam, Isadore From, Paul Weiz, Elliot Shapiro e Sylvester Eastman (KIYAN, 2006; JULIANO, 1992).

Podemos situar a concepção da Gestalt-Terapia em torno dos anos 40, na África do Sul, mas seu nascimento e seu batismo oficial datam de 1951, em Nova York, mas foi bem mais tarde, na Califórnia, que ela ficou célebre, durante o amplo movimento da “contracultura” (GINGER & GINGER, 1995).

O objetivo da Gestalt-Terapia é:

Tornar os clientes conscientes (“aware”) do que estão fazendo, como estão fazendo, como podem transformar-se e, ao mesmo tempo, aprender a aceitar-se e valorizar-se. A Gestalt-Terapia focaliza mais o processo (o que está acontecendo) do que o conteúdo (o que está sendo discutido). A ênfase é no que está sendo feito, pensado e sentido no momento, em vez de no que era, poderia ser, conseguiria ser ou deveria ser (YONTEF, 1998, p. 16).

A seguir, serão apresentados alguns dos principais conceitos da Gestalt Terapia em consonância com os relatos dos voluntários.

O primeiro deles é o processo de saúde e doença, onde a primeira seria a relação entre o organismo e o meio, uma interação positiva, adequada e benéfica, a ponto de satisfazer as necessidades do indivíduo em todos os seus aspectos, sejam eles físicos, psíquicos, espirituais, etc. É estar em estado de equilíbrio, homeostase, autorregulação (KIYAN, 2001). Portanto, saúde é saber hierarquizar as necessidades, é ser flexível, é ter criatividade e espontaneidade, é ter consciência da forma como se entra em contato com determinado objeto a partir do meio. A segunda não significa paralisia ou incapacidade. Sintomas não precisam desaparecer para que o retorno ao estado saudável aconteça. O não saudável é a impossibilidade de atualizar a maneira de satisfazer as necessidades, é a cristalização, a estagnação em um determinado momento (FUKUMITSU, CAVALCANTE & BORGES, 2009).

Para a Gestalt-terapia, a saúde é fluidez, é holismo, é transformação. Não é apenas ausência de doença ou ter todas as situações acabadas, mas saber lidar de forma criativa nas mais diversas situações. Pode-se perceber na fala de Juan Pablo a forma como ele encontrou de lidar com as dores da enfermidade, que foi, portanto, acostumar-se com ela.

O tratamento dessa queimadura vem ocasionar umas dores, mas é para o nosso bem, como eles dizem... É para o nosso bem! E a verdade seja dita, a gente acaba é se acostumando com essas dores (JUAN PABLO).

Neste sentido, pôde ser compreendido que acostumar-se com tais dores também foi uma forma criativa de ajustar-se, de aceitar a situação de sofrimento e de aceitar a si mesmo. É esperado, portanto, que um paciente com esse tipo de consciência venha a aderir de forma positiva o tratamento.

Segundo Perls (1988, p. 20): “... quando o organismo se mantém num estado de desequilíbrio por muito tempo e é incapaz de satisfazer suas necessidades, está doente. Quando falha o processo homeostático, o organismo morre”. Logo, funcionamento não saudável vai ser o funcionamento caracterizado por interrupções, repetições, cristalizações destes processos, fazendo com que ocorram formação de figuras fracas, desajustadas, mal definidas e confusas, que consequentemente vão dificultando os possíveis contatos criativos, no aqui-agora.

O desequilíbrio emocional, entendido na Gestalt-terapia como uma forma de adoecimento, pode ter acontecido em algum momento durante a internação. É esperado principalmente nos primeiros dias, devido ao fato de que o paciente

ainda possa estar se adaptando ao ambiente novo. Contudo, no momento das entrevistas, não foi percebido nenhum tipo de desequilíbrio nos voluntários.

Outro conceito importante para a abordagem é o processo pelo qual o organismo satisfaz suas necessidades interagindo com o meio para obter o equilíbrio, mesmo em situações adversas, denominado homeostase (PERLS, 1988).

Assim, por ser uma função aplicável aos aspectos fisiológicos e biológicos, Perls não acreditava que os mesmos se sobrepunham aos aspectos psicológicos, pois ele tinha uma visão holística do ser humano, uma visão de indivisibilidade (KIYAN, 2001).

Esse processo de homeostase, a partir dos relatos dos voluntários, pode estar relacionado como uma forma de enfrentamento que eles estabelecem, na medida em que a rotina, os medicamentos e a religiosidade contribuem para aliviar as dores e possibilitá-los de satisfazerem algumas de suas necessidades, sendo esta uma busca constante. Apesar de a queimadura ter interrompido suas possibilidades de autorregulação com o meio, de satisfazerem suas necessidades, foi percebido que mesmo com as dificuldades, os pacientes estão numa tentativa por reestabelecer seus equilíbrios.

O conceito de figura e fundo foi herdado da Psicologia da Gestalt, onde são formadas hierarquias a partir do surgimento das necessidades do organismo. É de acordo com a percepção de cada um, cabendo ao indivíduo escolher suas prioridades/necessidades (KIYAN, 2001).

Para Perls (1988, p. 25): *“... a necessidade dominante do organismo, em qualquer momento, se torna a figura do primeiro plano, e as outras necessidades recuam, pelo menos temporariamente, para o segundo plano”*. Portanto, quando a necessidade é satisfeita, a “gestalt” é fechada e antes o que era figura, torna-se fundo.

Considerando que uma figura é um processo que emerge de um fundo, ocupando o centro da atenção do indivíduo, percebeu-se que para alguns voluntários, certas figuras emergiram durante a entrevista, como forma de desejos. Isso foi compreendido a partir da repetição ou ênfase das palavras.

Luis Davi, por exemplo, repetiu, várias vezes, que deveria suportar a dor. Yasmin demonstrou que seu maior desejo era voltar para casa. Para Matheus Felipe, cuidar da perna era sua maior prioridade. Juan Miguel enfatizou diversas vezes que o sistema de medicações deveria ser melhorado. E o que Cecília mais desejava era voltar a andar, repetindo isso muitas vezes.

Outra definição utilizada pela Gestalt-terapia é a “Awareness”. Não há uma tradução que conceba o seu verdadeiro significado, porém afirma Yontef (1998, p. 215): *“‘awareness’ é uma forma de experienciar; é o processo de estar em contato vigilante com o evento mais importante do campo indivíduo/ambiente, com total apoio sensorio motor, emocional, cognitivo e energético”*.

Kiyan (2001) reflete que “*awareness*” é um processo de contato a partir da relação entre (campo + organismo + meio), enfatizada por ter uma qualidade acentuada de atenção e sentido. Portanto, é algo sensorial, processual, contínuo, construído. É percepção, é consciência e modificação de comportamento, no aqui e agora.

O processo de avaliação da “*awareness*” nos voluntários tornou-se complicado. Considerando tal conceito que tem como base um apoio sensorio motor, emocional, cognitivo e energético, pôde ser percebido que nem todos os pacientes estavam totalmente com uma boa qualidade acentuada de atenção e sentido, apesar de estarem conscientes cognitivamente. Alguns deles apresentaram incongruência e tenacidade em alguns momentos da entrevista, tornando-se confusos ao responderem algumas perguntas.

O conceito de contato e fuga, segundo Perls (1988), são meios que o indivíduo tem de lidar na fronteira de contato e compara esse processo com as forças de atração e repulsão do magnetismo.

Contato é relação entre sujeito e meio e ocorre na fronteira de contato. Serve para o indivíduo satisfazer suas necessidades, ou seja, fechar suas figuras, suas “*gestalten*”. Fuga ou retração é justamente o não estabelecimento de contato. Para Kiyan (2001 p. 161): “... *fugir não implica necessariamente num comportamento defensivo neurótico. O que determina a adequação e asserção desse comportamento está relacionado com a ‘awareness’ envolvida na situação*”. Portanto, em algumas situações talvez a fuga seja benéfica apenas durante aquele momento. O que pode determinar em um comportamento neurótico é a repetição, a cristalização e a generalização do comportamento de fuga nas mais outras diversas situações da vida do indivíduo.

O contato com a dor aconteceu com todos os pacientes. Tratando-se de queimaduras graves, é quase impensável o não estabelecimento com a dor. Portanto, foi percebido que cada um dos voluntários tem suas formas de enfrentar tal contato, adotando comportamentos de fuga que durante o momento de dor, são realizados para suportar esse período angustiante.

É o caso de Yasmin, quando a mesma relatou ter que colocar uma toalha no rosto todas as vezes que vai para o banho, pois não deseja ver como está seu corpo, além de ser também para ela uma forma de não pensar na dor.

Quando eu vou tomar banho eu sempre peço pra colocar uma toalha no meu rosto pra eu não ficar me olhando e pra eu ficar pensando em outras coisas, sem focar o pensamento na dor. (YASMIN).

Negar a existência desse fato proporciona um alívio para Yasmin. Por enquanto, desconhecer a realidade de sua situação física, em termos de extensão dos danos é preferível para a mesma, na medida em que estabelece uma representação de si apenas imaginada.

O funcionamento da fuga também pôde ser compreendido através da recusa de três pacientes em colaborar voluntariamente com o estudo. Ou seja, supõe-se que os mesmos preferiram a evitação do contato direto com as pesquisadoras, para que a ansiedade não fosse provocada.

A capacidade que o indivíduo tem a partir de suas relações com o meio, de realizar o fechamento de figuras, sendo naquele momento, a melhor decisão a partir da sua demanda organísmica é denominada ajustamento criativo, outro conceito de extrema importância na Gestalt-terapia. É criação, é reação. A relação da Gestalt-Terapia com a criatividade se estende também à concepção gestáltica de funcionamento saudável (KIYAN, 2006).

Evidentemente que os processos de ajustamento criativo nem sempre levam aos processos de crescimento saudáveis. Portanto:

Às vezes as pressões e cargas negativas do meio são tão fortes que a pessoa desenvolve defesas que terminam por limitá-la em sua existência. Estas defesas, no entanto, devem ser vistas como a melhor resposta que a pessoa pôde criar no momento e situação específica em que se encontrava. A limitação em questão não reside no tipo de defesas criadas, mas no fato de que frequentemente o indivíduo automaticamente as perpetua, sem dar-se conta que delas não mais necessita, ou que conta hoje com outros recursos que os de então para proteger-se (ou, com a possibilidade de criá-los) (CIORNAI, 1995, p. 03).

Dessa forma, pode-se perceber que nem sempre o processo de ajustamento criativo, remete a algo saudável, mas seja como for, ele permite ao ser humano se ajustar da melhor maneira possível para que se relacione com os demais. Entendendo o ajustamento criativo como uma capacidade que o indivíduo tem a partir de suas relações com o meio, de realizar o fechamento de figuras, sendo naquele momento, a melhor decisão a partir da sua demanda organísmica, pôde ser percebido que este conceito se associa bem a uma forma de enfrentar a enfermidade. Os pacientes criam e reagem às situações conflituosas da melhor maneira que podem, para lidarem com tais situações em determinados momentos, de acordo com as condições e suportes que possuem.

Pedir outros medicamentos mais fortes para aliviar as dores, adaptar-se à rotina, ter fé e esperança foram vistos como forma de ajustamentos criativos realizados pelos pacientes. Assim como a reação de fuga que Yasmin estabelece na hora do banho. Assim como Renan Nicolas entende que a dor tem um significado positivo. Assim como Juan Miguel deseja ficar recuperado para que possa dar seu testemunho para o mundo inteiro, se for preciso. Assim como Cecília relata que já tem experiência na hora do banho e não fica mais nervosa antes de ir.

6 Considerações Finais

A partir do material transcrito, temas com categorias foram realizados nos resultados deste estudo, compreendendo o relato de cada paciente, onde a partir das entrevistas, da observação participante e dos diários de campo, pôde haver um aproveitamento positivo quanto à conclusão dos objetivos propostos.

Sobre o ato da queimadura, foi mostrado que as causas dos acidentes dos pacientes entrevistados ocorreram tanto por agressores químicos como físicos.

Cada paciente tem sua história de sofrimento, desde o acontecimento do acidente até o momento atual internado. É necessário, portanto, entender o paciente queimado enquanto pessoa, com suas características peculiares consequentes ao trauma sofrido.

Em relação ao tratamento e a dor, foi visto que ao sofrer uma queimadura, o paciente passará por três fases de recuperação, englobando não só os aspectos físicos como também os psicológicos e, através dos resultados, pôde-se concluir que a maioria dos pacientes entrevistados situava-se na segunda fase, ou seja, na fase aguda de reabilitação.

A respeito das manifestações da dor, de acordo com a maioria dos pacientes, a hora do banho aparece como um dos momentos onde a dor mais emerge. Os momentos depois do banho também são dolorosos. Quando perguntados sobre o significado da dor, a maioria falou de forma negativa.

No tocante as dificuldades do tratamento, foi observado que os banhos, os cuidados com as lesões, a necessidade de locomoção, a demora do tratamento por ser lento, além da realização de enxertos, foram alguns dos pontos mais destacados durante as respostas. A saudade dos familiares foi referida como dificuldade. A dependência/passividade foi também enfatizada durante a entrevista.

O atendimento na unidade foi considerado muito eficiente, existindo o cuidado e a paciência por parte da equipe clínica. A alimentação e as medicações são realizadas em seus devidos horários. A medicação constituiu-se como uma das melhores formas de proporcionar o alívio das dores.

Com referência a atuação do psicólogo, foi percebido que a psicologia realiza apenas um contato inicial com alguns pacientes e, conseqüentemente, estes não usufruem de um acompanhamento psicológico a longo prazo. Sobre a importância de um acompanhamento psicológico, foi unânime a concordância de todos que sim.

Os principais conceitos da Gestalt-Terapia puderam ser aplicados diante da vivência e percepção dos pacientes queimados em relação ao enfrentamento desta enfermidade, estando, portanto, numa busca constante em reestruturar seus equilíbrios, ajustando-se da maneira que acreditam ser melhor.

A partir das entrevistas e da realização do diário de campo, foram observados indícios de existências de dores emocionais e psíquicas, as quais foram, muitas vezes, difíceis de explicar em palavras, mas que foram manifestadas pelo olhar, pela forma de falar e principalmente pelo choro. Desta maneira, observa-se neste estudo a forma como cada um dos participantes experiencia as dores da queimadura, sendo uma vivência puramente subjetiva, porém simbolizada como: perda da vontade de viver, acúmulo de marcas físicas e psíquicas, dor da alma, dentre outras.

Este estudo também permitiu verificar a importância de intervenções da psicologia, como o acompanhamento psicológico durante toda internação. O psicólogo inserido neste espaço tentará compreender o paciente queimado

adoecido, uma vez que a queimadura/doença não existe por si só, estando situada em um sujeito que lhe dá forma e configuração própria. O sentido da enfermidade e a descrição das vivências subjetivas do sofrimento emocional de cada paciente são fundamentais no tratamento.

A quantidade de pesquisa ainda é escassa no campo da Psicologia da Saúde e Hospitalar frente ao trabalho do psicólogo no atendimento ao paciente queimado nas unidades de tratamento de queimados do Brasil, merecendo novos desdobramentos e aprofundamentos em seus diversos níveis de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, R.A & MALAGRIS, L.E.N. (2011) **A prática da psicologia da saúde**. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012>. Acesso em: 02 março de 2017.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. (1995). ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.), F. A. R. TRUCHARTE, R. B. KNIJNICK, & R.W. SEBASTIANI. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática** 2ª ed. São Paulo: Pioneira.
- BARDIN, L. (2009). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Disponível em:
<<https://pt.slideshare.net/alasiasantos/analise-de-conteudo-laurence-bardin>>. Acesso em: 15 março de 2017.
- BOLGIANI, A. N. & SERRA, M. C. V. F. (2010). **Atualização no tratamento local das queimaduras**. Rev Bras Queimaduras. 9(2): 38-44.
- BRASIL. (2012). **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- CARLUCCI, V. D. S., ROSSI, L. A., FICHER, A. M. F. T., FERREIRA, E. & CARVALHO, E. C. A. (2007). **Experiência da queimadura na perspectiva do paciente**. Rev Esc Enferm USP. 41(1): 21-8.
- Catálogo de Serviços Prefeitura Municipal**. [s.d]. Instituto Dr. José Frota. Disponível em:
<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/301>. Acesso em: 01 março de 2017.
- CIORNAI, S. (1995). **Relação entre criatividade e saúde na Gestalt-terapia**. Revista do I Encontro Goiano de Gestalt-terapia, 1, 72-76.
- FUKUMITSU, Karina Okajima; CAVALCANTE Flaviana; BORGES, Marcelo. **O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica**. Estud. Pesqui. Psicol., Rio de Janeiro, v 9, n.1 abril. 2009. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000100014&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 21 de agosto de 2019.
- GARRIDO, M. M. R. (2005). **Atuação do psicólogo e o processo subjetivo da dor em um paciente queimado**. 43f. Monografia (Monografia de Graduação em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília.
- GINGER, A. & GINGER, S. (1995). **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus.

GONSALVES, E. P (2001). **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Alínea.

GUIMARÃES, M. A., SILVA, F. B. & ARRAIS, A. (2012). **Atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados**. Rev. Bras. Queimaduras.11(3):128-34.

JULIANO, J. C. (1992). **Gestalt-terapia: revisitando as nossas histórias**. Revista de Gestalt, 2, 7- 23.

KIYAN, A. M. M. (2001). **E a Gestalt emerge: Vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Editora Altana.

KIYAN, A. M. M. (2006). **E a Gestalt emerge: vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Editora Altana.

NEGROMONTE, M. R. O. (2010). **O profissional de saúde frente a dor do paciente: estresse, enfrentamento e o trabalho em equipe**. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF.

OLIVEIRA, C. L. (2007). **Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características**. Alagoas: Travessias. 4: 1-16.

PERLS, F. (1988). **A Abordagem da Gestalt e Testemunha Ocular da Terapia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora LTC.

ROSSI, L. A., CAMARGO, C., SANTOS, C. M. N. M., BARRUFFIN, R. C. P. & CARVALHO, E. C. de. (2000). **A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida**. Rev. Latinoam. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26.

ROSSI, L. A., FERREIRA, E., COSTA, E. C. F. B., BERGAMASCO, E. C. & CAMARGO, C. (2003). **Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e seus familiares**. Rev Latinoam Enferm.11(1):36-42.

SILVA, A. H. & FOSSÁ, M. I. (2013). **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos**. IN: *IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*, Brasília, 3 a 5 de Novembro 2013. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>>. Acesso em: 15 março de 2017.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **A dor como um problema psicofísico**. Revista Dor. v. 12, n. 2, p. 138-151, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a11.pdf>>. Acesso em: 28 agosto de 2019.

SILVEIRA, T. M. (2006). **O gestalt-terapeuta na instituição hospitalar**.

Revista IGT na Rede, v. 15, nº 29, 2018, p.242-264 DOI **10.5281/zenodo.15058549**

Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526

Revista da Abordagem Gestáltica, 12 (1), 97-105, jan-jun. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3577/357735503009.pdf>>. Acesso em: 30 maio de 2017.

SOUSA, F. A. E. F. (2002). **Dor: o quinto sinal vital**. Rev. Latinoam. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 446-447. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300020>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

SOUZA, A. A., MATTAR, C. A., ALMEIDA, P. C. C., FAIWICHOW, L., FERNANDES, F. S., NETO, E. C. A., MANZOTTI, M. S. & PAIVA, L. G. R. (2009). **Perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimaduras do Hospital Servidor Público Estadual de São Paulo**. Rev. Bras. Queimaduras (3):87-90.

TEIXEIRA, J. A. C. (2004). **Psicologia da Saúde. Análise Psicológica**. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a02.pdf>>. Acesso em: 02 março de 2017.

YONTEF, G. M. (1998). **Processo, diálogo e awareness: ensaios em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus.

NOTAS

Andreza Dantas Nogueira – Graduada pela Faculdade Maurício de Nassau – SE.

Jeniffer Lene Barbosa Bras de Almeida – Pós-graduanda em gestalt-terapia pela Faculdade Ari de Sá em parceria com o IGC

Deyseane Maria Araújo Lima - Psicóloga Clínica. Doutora em Educação. Mestre em Psicologia. Especialista em Psicologia Clínica (CFP). Especialista em Educação à Distância. Especialista em Educação Inclusiva. Formação em Gestalt-terapia. Formação em Gestalt-terapia com crianças e adolescentes. Formação em Gestalt-terapia com casais e famílias. Diretora da Vincular: Centro de Estudos, Pesquisa e Psicoterapia. Professora da Graduação e Pós-graduação em Psicologia.

Endereço de correspondência:

Andreza Dantas Nogueira
E-mail: andreza16nogueira@gmail.com

Jeniffer Lene Barbosa Bras de Almeida
E-mail: jenifferbraz86301149@gmail.com

Deyseane Maria Araújo Lima
E-mail: deyseanelima@yahoo.com.br

Recebido em: 07/07/2018

Aprovado em: 25/09/2019