

## A ENFERMEIRA E O CUIDAR DO CORPO MUTILADO [The nurse and the disabled body caring]

Ymiracy N. de Souza Polak\*  
Luciane Carla de Miranda\*\*  
Neide Martins\*\*\*

**RESUMO:** Relato de experiência do vivido na unidade de queimados, em que se implementaram estratégias de desmecanização do corpo cuidador, com o objetivo de delinear uma proposta de cuidar das vítimas de queimaduras, norteadas pela concepção de enfermagem e de cuidar de Polak (1996), estacando-se o respeito à singularidade e às expectativas do corpo mutilado.

**PALAVRAS CHAVE:** Queimaduras; Cuidados de enfermagem

### APRESENTAÇÃO

O corpo queimado é um corpo desfigurado, que se tenta rearmonizar com os padrões vigentes na sociedade, mediante vários procedimentos cruentos. Essa tentativa exige um processo de busca quando esse corpo deixa de ser ele e passa a assumir uma nova identidade, pois a mudança revoluciona o seu mundo, interfere com as suas relações subjetivas e sociais. Acompanhando este cortejo de mutilações, surge a sedação a que esse corpo é continuamente submetido, visando a minimizar os desconfortos oriundos de procedimentos invasivos e/ou com a finalidade de limitar o dano e acelerar o processo de reabilitação.

O corpo queimado, além da mutilação, das modificações da auto-imagem, vivência os seus limites, quando é visto como uma múmia viva, cujo aspecto e odor afastam os cuidadores não afeitos a esta especialidade. O queimado é submetido a verdadeiras liturgias de assepsias e sedação; é mantido em isolamento, o que o exclui ainda mais da socialidade hospitalar. A liturgia do cuidar assume uma conotação específica, a depender do grau da lesão; são ritos complexos solenes que objetivam a minimizar o ferimento do trauma, que afetam o *Korper* e o *Lieb*<sup>1</sup> acarretando um cortejo de dores que transformam a

hospitalização num verdadeiro calvário, nem sempre percebido pelo corpo cuidador; para perceber o drama vivenciado pelo corpo queimado é necessário sensibilidade e percepção acurada, para que se possa apreender o sentido das mensagens emanadas por esse corpo, em vista o do atendimento de suas reais necessidades.

Pelo exposto é fácil constatar que a necessidade do corpo queimado cresce na proporção do grau da lesão. No entanto não se deve esquecer que a lesão não está ligada somente aos aspectos fisiopatológicos, mas também aos subjetivos.

Essa realidade reforça a necessidade de estarmos atentos para o fato de que o corpo queimado se vê abruptamente lançado em ambiente estranho, cercado por pessoas estranhas, exalando por todo o corpo odor insuportável, além das mutilações que exigem o verdadeiro processo de reconstrução, cujo impacto em sua vida não pode ser subestimado, mas valorizado.

Em vista desse quadro dantesco se faz necessário refletir sobre o papel do corpo cuidador neste cenário, e questionar: Como se dá o processo de cuidar do queimado segundo o modelo vigente?

O desejo de conhecer esta realidade está fundamentado no meu objetivo de desenvolver uma prática de cuidar da vítima de queimadura, respeitando a sua singularidade e conforme suas necessidades.

O indivíduo seriamente queimado pode comportar-se de maneira complexa. Este comportamento reflete sentimentos que temos, quando somos vítimas de acidente, o que pode ser assustador e que se agrava no caso de queimadura em virtude de grau maior de sofrimento stress.

As experiências do grande queimado são psicologicamente e psicossocialmente negativas. Pessoas queimadas normalmente sofrem acidentes que, em circunstâncias diferentes, poderiam não ter acontecido. Isto em si é bastante para instigar sentimentos como raiva, culpa, lamento e ressentimento.

As vítimas de queimaduras em geral sentem-se culpados e envergonhados - Se eu tivesse tido mais cuidado!; - Eu estou sendo castigada por Deus!; - Nunca mais mexo com álcool!, são algumas das formas que eles encontram de diminuir os sentimentos de culpa. Muitos ainda

\* Prof.ª Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Filosofia de Enfermagem e Coordenadora do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA.

\*\* Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Bolsista de Extensão do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA.

\*\*\* Enfermeira e bolsista de Aperfeiçoamento do GEMSA.

<sup>1</sup> Korper presença natural; é o corpo biológico e Lieb é o que diz respeito a presença intencional, o sujeito na sua relação consigo próprio, com o outro e com o mundo.

sentem medo de morrer, das deformações, das dores e desconforto prolongado a que estão submetidos e ainda a exclusão de uma sociedade que os cerca.

Os ressentimentos são em relação ao seu próprio enfrentamento com o fato “Por que eu?” “Eu sempre tive cuidado!” Os procedimentos realizados, como curativos, fisioterapia, medicação e punções trazem pavor, por serem dolorosos e desconhecidos, proporcionando ainda um aumento da carga de stress.

O local escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi o Centro Cirúrgico de Queimados. Trata-se de um Centro Cirúrgico especializado, com referência em todo país, onde são realizados curativos diários de vítimas de queimaduras. Os procedimentos aqui realizados são característicos de um centro cirúrgico, onde toda a equipe trabalha devidamente paramentada com aventais, luvas, gorros e máscaras.

Os curativos são realizados diariamente no Centro Cirúrgico com os pacientes sob efeito de anestesia, pois a dor é muito grande. O paciente vem da unidade em maca, sendo recebido por um dos auxiliares e encaminhado à sua sala cirúrgica. Antes de anestesiá-lo corta-se o curativo anterior; este é o contato mais próximo da equipe com o paciente. Após o curativo, ele é encaminhado à sala de recuperação e é assistido pelo anestesista. Após estar bem acordado, explica-se qual o procedimento realizado (curativo, enxerto ou debridamento), e é novamente encaminhado ao quarto.

Durante esse período, ficou claro que toda a equipe possui conhecimentos e habilidades técnicas adequadas, porém possui uma prática predominantemente mecanicista, deixando o corpo cuidado temeroso das ações a que iria ser submetido.

*“Esta atenção voltada apenas para o órgão doente e para a patologia contribui com a visão do hospital como oficina na qual o corpo tem suas peças afinadas, ajustadas, revistas ou substituídas. Essa postura possibilita a percepção da equipe de saúde como composta por mecânicos, responsáveis pela reposição, pela revisão e manutenção de toda a engrenagem.” (Polak, 1996)*

Observando diariamente esta equipe, constatei que a visão mecanicista tornava a prática do cuidado sem fundamentos, fria; apenas o fazer pelo fazer. Verifiquei também que o paciente era apenas mais um corpo fora do contexto, mais um nome que passaria pela unidade, sem deixar nenhum tipo de vínculo ou lembrança. Diante dessas conclusões, me transporte para o lugar desta pessoa, tentando compreender seus medos, receios e desejos. Mas também me coloquei no lugar dos profissionais que atuam, para compreender melhor o motivo deste distanciamento.

Em face desses fatos, proponho o cuidado norteado pela corporeidade, ou seja, centrado no respeito tanto ao

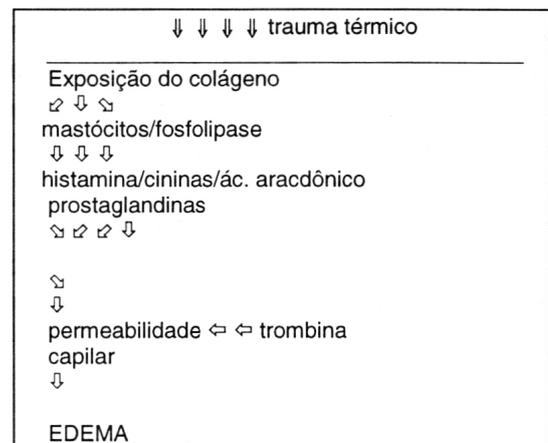
corpo que cuida quanto ao cuidador, enfatizando quanto é necessário ouvir o cliente, conhecer as suas necessidades, expectativas e os receios que enfrenta (humanos e materiais) e ao mesmo tempo mostrar-lhe o que a instituição possui, as medidas necessárias ao cuidar e com isto obter o seu comprometimento na proposta e no processo rápido de recuperação.

## SUPORTE TEÓRICO DA QUEIMADURA

As estatísticas relatam que 70% de pessoas queimadas sofrem o acidente pelas próprias mãos, 20% são aquelas que estão mais próximas do agente causador da queimadura, 4% são causadas por distúrbios de ordem emocional, outros 4% são por tentativas de homicídios e 3% são acidentes de trabalho. De acordo com estes números podemos esperar os comportamentos descontextualizados e irados dos pacientes grandes queimados.

### Fisiopatologia do Trauma

Resumidamente podemos dizer que a fisiopatologia da queimadura é o aumento da permeabilidade capilar e o edema, o que pode ser mais bem visualizado no esquema a seguir:



FONTE: Gomes, Queimaduras, 1995.

Analogamente é como se os bombeiros do organismo ligassem as mangueiras inundando os tecidos, na tentativa de apagar o incêndio; provocam em consequência, uma tremenda inundação dos compartimentos afetados.

A importância da fisiopatologia está no aporte terapêutico de ressuscitação do queimado, onde são utilizadas somente soluções cristalóides, ou seja, soluções de ringer-lactato e soluções salinas a 0.9%, na tentativa de minimizar o edema. (Dourado, 1994)

Entende-se por queimadura o definido por Menezes e Gomes que a descreve como uma lesão dos tecidos

orgânicos (pele, músculos, tendões e ossos) em decorrência de um trauma de origem térmico, químico, elétrico ou radioativo. Este trauma pode variar desde pequenas bolhas ou flictenas, até formas mais graves capazes de desencadear grande número de respostas sistêmicas, proporcionais à extensão e profundidade dessas lesões.

O principal objetivo do tratamento da queimadura é a restauração dos tecidos lesados, seja por cicatrização por segunda intenção, ou seja por auto-enxertia.

Vários fatores vão influenciar o prognóstico e determinar maior ou menor gravidade de uma queimadura, entre eles o agente causal, idade do paciente, lesão por vias aéreas e os principais que são a profundidade e a extensão da superfície corporal queimada.

As queimaduras podem ser classificadas didaticamente em lesões de 1º, 2º e 3º grau de acordo com a profundidade do trauma térmico na pele. De acordo com a literatura existem 3 modalidades de queimadura: 1 - as queimaduras de 1ª grau, que são mais superficiais e provocam na área atingida hiperemia sem formação de bolhas; são tratadas mediante o cuidado da área atingida; 2 - as queimaduras de 2º grau, cujas principais características são a formação de bolhas e a dor têm como cuidados principais a oclusão da lesão e a troca diária dos curativos; a depender da extensão da lesão poderá ocorrer ou não o internamento do cliente 3 - as queimaduras de 3º grau, que ocorrem quando há destruição das camadas mais internas da pele e em muitos casos os tecidos adjacentes. O cuidado desta queimaduras é feito pelo curativo oclusivo; recomenda-se a internação para a reposição hidroeletrólítica, antibióticoterapia e outras terapias que se fizerem necessárias.

Essa classificação deve ser feita somente de 48 a 72 horas após a lesão, pois esta poderá tornar-se mais profunda com o passar do tempo, devido a fatores hemodinâmicos ou infecciosos.

### **Classificação segundo o Tipo de Queimadura**

As queimaduras podem ser resultantes de vários mecanismos, que causam traumas tanto físicos como psicológicos dependendo das circunstâncias em que acontecem. Entre eles podemos citar as **queimaduras por eletricidade**, que resultam da passagem da corrente elétrica pelo corpo do paciente. Normalmente a queimadura elétrica é mais grave do que aparenta: quando a corrente atravessa o corpo, destrói músculos, nervos e vasos sanguíneos. O maior dano aos tecidos será de necrose muscular, ferimento neural e coagulação vascular, ao longo do trajeto da corrente. Embora nem sempre óbvio, a corrente elétrica deixa sempre um sítio de entrada e outro de saída. Um outro tipo de lesão causada por eletricidade é o arco voltaico,

produzido por uma corrente que se move externamente ao corpo a partir do ponto de contato para o solo. Estas queimaduras estão associadas a correntes de alta tensão e sua profundidade depende de quão próxima a corrente esteja da pele.

As repercussões sistêmicas da queimadura elétrica podem causar disfibração ventricular ou assistolia, qualquer tipo de arritmia ou bloqueio de ramos podem ser vistos, enzimas cardíacas, às vezes estão elevadas e alterações eletrocardiográficas sugestivas de infarto ou isquemia coronariana se podem tornar manifestas. Taquicardia e alterações do segmento ST persistem por semanas após o acidente.

Outra forma de queimadura apesar de menos constante, são as **queimaduras por produtos químicos**, que produzem danos aos tecidos pela coagulação de proteínas e não pelo calor. A terapêutica destes pacientes depende da identificação do agente. Os dois principais agentes são os álcalis e os ácidos em geral. Os álcalis produzem queimadura por necrose de liquefação, causando destruição tissular significativa. Os ácidos causam danos teciduais por necrose de coagulação, o que resulta em uma escara protetora que impede a sua penetração em camadas mais profundas.

O tratamento emergencial deve ser a remoção de roupas e objetos e irrigação copiosa com água, tão logo ocorra contato com qualquer substância. Se o produto químico for seco, deve ser escovado da pele antes da irrigação, já que o calor é produzido pela reação da água com o pó. As lesões cutâneas causadas por essas queimaduras se assemelham às queimaduras de 1º, 2º e 3º grau.

### **TIPOS DE TRATAMENTO**

Conforme a rotina do serviço de queimados do Hospital Universitário, desse cenário de nosso estudo, no tratamento de queimados é feita a avaliação cirúrgica inicial do paciente queimado; após alguns curativos ou após diminuição do edema, pois as queimaduras se apresentam em várias profundidades numa mesma área e os critérios clínicos para o diagnóstico da profundidade da lesão são somente aproximados. Entre eles podemos citar a **escarotomia descompressiva** que consiste em incisões de relaxamento de uma crosta constrictiva circular que esteja comprometendo a irrigação distal de algum membro, ou quando impede a expansibilidade torácica, prejudicando a ventilação; em geral ocorre na fase de maior edema. Este procedimento estará adequadamente indicado, quando observarmos um membro edemaciado, com escara circular que compromete o enchimento capilar periférico e provoca isquemia na extremidade distal. Também pode ocorrer a

necessidade de uma escarotomia torácica quando há piora no quadro respiratório, pois as lesões estarão como que pressionando a caixa torácica.

O **curativo diário** é o tratamento mais empregado nas unidades de queimados e tem por finalidade o debridamento da área afetada ou também a troca do agente tópico, além da observação diária da lesão. Os curativos devem ser feitos com o paciente sedado, pois a dor da retirada das bandagens é grande e insuportável.

Após retirados os chumaços, com uma compressa embebida em P.V.P.I ou clorexidina 2%, iniciamos a lavagem da área queimada. A função da lavagem é remover mecanicamente os microorganismos, e teoricamente diminuir a colonização bacteriana do paciente. Também muito contribui na estimulação da perfusão periférica acelerando a epitelização espontânea nas queimaduras profundas.

Algumas vezes também é necessária a utilização de bisturi e tesoura para desprender tecidos necrosados. Repetindo-se estes procedimentos, irá começar a aparecer os tecidos de granulação; após 7 ou 10 dias, o tecido estará pronto para enxertia. Terminando o debridamento, lava-se a lesão com soro fisiológico, cobre-se com rayon, que tem a finalidade de proteção da área queimada menos profunda; chumaços de algodão permitem a absorção da secreção que drena do curativo e ainda promovem a compressão uniforme da área queimada, reduzindo a dor. E, por último, fixa-se o curativo com ataduras de crepom.

A **enxertia de pele** segundo Rogers, (1992) compreende tipos de tratamentos indicados nas queimaduras de 2ª e 3ª grau, incapazes de cicatrizar espontaneamente. A área ulcerada ou receptora deve ser preparada, removendo-se o tecido necrótico, estimulando o tecido de granulação: que quando estiver liso, de cor vermelha e pouco sangrante estará pronto para a enxertia. A área doadora pode equivaler a uma queimadura de 2º grau e irá cicatrizar espontaneamente. Após a retirada de pele na área doadora é feita uma compressão com compressa e soro fisiológico, pois haverá pequeno sangramento, realizando assim a hemostasia; cobre-se esta área com rayon e faz-se o curativo compressivo e oclusivo. Com os curativos subsequentes, o rayon irá secando, e após o 5º ou 6ª, dia iremos deixá-la exposta apenas com a aplicação de vaselina e recortando as pontas da gaze que estiverem soltas. Este rayon irá soltar-se espontaneamente; após 30 dias esta mesma área poderá ser novamente utilizada como doadora.

A origem do enxerto pode ser: do mesmo indivíduo – auto-enxerto ou autógeno; entre seres da mesma espécie – homogêneos ou homoenxerto. No homoenxerto a integração é temporária, sendo indicada apenas em grandes queimados; pois em 10 ou 15 dias, começa a ocorrer a rejeição. Mas a homoenxertia é utilizada pela melhora da

homeostase; diminui as perdas hídricas, diminui a infecção e conseqüentemente melhora as condições gerais dos pacientes.

As formas mais modernas utilizadas nos grandes centros de tratamento de queimaduras são os **substitutos temporários** de pele. O mais conhecido e aplicado é o BIOFILL, que é um substituto sintético microfibrilar, com permeabilidade seletiva, que permite a passagem de vapor d'água, mas impede a passagem de microorganismos. É uma película microfibrilar tipo celulósica. As vantagens são que protege o tecido lesado, diminui as perdas hidroeletrólíticas, elimina quase totalmente a dor, é estéril e reduz as condições de contaminação. Suas indicações de uso são em qualquer ferimento gerador de perda de epitélio, seja ele superficial ou profundo, agudo ou crônico, tais como: queimaduras de II e III grau, dermo abrasões, áreas doadoras de enxerto, ulcerações de qualquer etiologia, escaras de decúbito.

## COMPLICAÇÕES DAS QUEIMADURAS

Uma das principais complicações das queimaduras é a infecção. A queimadura apresenta condições peculiares que favorecem o seu desenvolvimento. Logo após o trauma uma flora mista começa a proliferar na superfície da ferida queimada, oriunda principalmente da profundidade dos folículos pilosos não queimados ou dos bordos adjacentes da queimadura.

A infecção da superfície queimada pode provocar o aprofundamento das lesões térmicas (uma queimadura de 2º grau superficial pode evoluir para 2ª grau profundo ou 3ª grau).

Os principais sinais de infecção podem ser a mudança de coloração de róseo para o esverdeado e o odor fétido. A infecção poderá evoluir para sepsis e conseqüentemente levar ao óbito. O tratamento desta infecção conta com dois objetivos: estimular o sistema imunológico e prevenir a proliferação bacteriana da ferida queimada, através da balneoterapia, degermação e uso de P.V.P.I. A utilização de antibióticos sistêmicos deve ser muito pensada, pois a oclusão vascular nas áreas afetadas não permite que os antibióticos alcancem níveis terapêuticos. A aplicação tópica é mais eficaz. O antibiótico mais usado é a sulfadiazina de prata.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM DISPENSADO AO CORPO QUEIMADO

Muitas são as causas de queimaduras dos paciente que chegam ao nosso serviço. Um dos principais agravantes deste quantitativo é a falta de informação da população brasileira, para que se previnam estes acidentes, mas também nos deparamos com o despreparo do enfermeiro para orientar a equipe de enfermagem sobre como realizar

os procedimentos de forma adequada no tratamento do paciente queimado.

Os serviços específicos para tratamento de queimaduras no nosso país é reduzido; isto faz com que muitas vezes ocorra uma falta de acompanhamento e orientações corretas no decorrer da evolução do doente, ocasionando na maioria das vezes, o aparecimento de cicatrizes hipertróficas, retrações cicatriciais, atrofia e outras deformidades.

Deparando-se com esse problema, observamos que o papel do enfermeiro é educativo; e escolas de enfermagem necessitam preparar seus alunos para que possam oferecer cuidados de qualidade e especializados para esses pacientes.

Os cuidados na admissão do paciente são primordiais para o melhor prognóstico. Devemos observar permeabilidade das vias aéreas, avaliando se há lesão pulmonar decorrente da queimadura. Se necessário, aspirar a cavidade orofaríngea e administrar oxigênio. Observar o nível de consciência para auxiliar nos diagnósticos neurológicos posteriores. Verificar a extensão da superfície corporal queimada e profundidade da lesão, avaliando a necessidade ou não de uma internação, bem como montar um quadro do volume hídrico a ser administrado.

Quando ocorrer a internação, manter os princípios de atendimento emergencial como providenciar acesso venoso periférico permeável para uma reposição volêmica eficaz e rápida, realizar o curativo oclusivo para diminuir o contato com a temperatura externa, que é menor que a do corpo, reduzindo assim o limiar da dor; manter um controle rigoroso de todo o volume infundido, bem como o excretado, observar hematúria para diagnosticar precocemente lesões de órgãos internos.

Monitorar sinais vitais cada 15 minutos, pelo menos nas primeiras 2 horas: devido à hipovolemia, o paciente poderá apresentar sinais de choque hipovolêmico; com a sua monitorização, poderemos mantê-lo estável; em queimados com eletricidade, poderemos evitar os choques neurogênicos ocasionados pela corrente elétrica.

Visto que a infecção é a maior causa de óbito no paciente queimado, deve-se estabelecer condições favoráveis ao seu bem estar, quando este permanecer internado no serviço. O procedimento correto é a utilização de aventais de contato, sapatilhas, máscaras, gorros e luvas estéreis para cada paciente ou leito. Devemos incentivar e orientar o paciente a movimentar-se no leito de acordo com as suas limitações, para evitar as úlceras de decúbito, acúmulos de secreção pulmonar, também melhorar o retorno venoso para as extremidades lesadas e principalmente para evitar os vícios posturais ocasionados pelos curativos imobilizadores. Observar as extremidades dos membros, para avaliar o refluxo venoso, prevendo a necessidade de uma escarotomia

descompressiva ou não; observar alterações neurológicas progressivas, especialmente parestesia e dor relacionadas principalmente com o desgaste emocional deste paciente.

Cuidados com os olhos de pacientes com a face queimada, para evitar abrasões corneanas causadas pelas altas temperaturas na região dos olhos que, muitas vezes, poderá levar à cegueira; prevenir a condrite nas orelhas, ao realizar o curativo, colocando pequenos rolos de gaze atrás do pavilhão auditivo, evitando assim a lesão por pressão ou ainda ulcerações causadas pela infecção. Manter o paciente bem posicionado, de forma que o pescoço se mantenha em hiperextensão, evitando os vícios posturais.

Realizar a lavagem das mãos sempre antes e após o manuseio do paciente, como cuidado primordial, evitando as contaminações cruzadas e outras infecções caso em as mãos podem ser meio de transporte.

Como em todo processo saúde/doença, há um momento em que este binômio se dissocia e o paciente recebe a alta hospitalar para continuar a sua recuperação em casa. As principais orientações para a alta estão nos cuidados com a higiene correta e constante das mãos, salientando a importância do banho diário com água corrente e sabão neutro nas lesões; enxugar perfeitamente a área com a sequela da queimadura, para não ocorrer irritabilidade do tecido regenerado ou enxertado, por substâncias químicas encontradas em produtos comerciais. Se ainda houver alguns curativos realizá-los com vaselina ou outro óleo lubrificante neutro para sempre manter a hidratação da pele; proteger a ferida com gaze estéril evitando novas contaminações ou infecções, orientar a importância do uso das malhas, colares ou talas, evitando principalmente o aparecimento das cicatrizes hipertróficas. Evitar raios solares pelo menos nos seis primeiros meses, para evitar a hiperpigmentação e conseqüente formação de uma "tatuagem" sobre a superfície queimada; Evitar o aparecimento de novas lesões não ferindo a área queimada, orientar o retorno ao serviço sempre que necessário; salientar a importância da alimentação rica em proteínas e fluidos.

Incentivar o paciente a reintegrar-se à sociedade, retornando às suas atividades normais, atentando para as restrições próprias da queimadura.

Cuidar é parte do todo, é conteúdo e processo, é ética, estética, é sistema e elemento componente de sistemas, é estrutura e propriedade de manutenção de vidas, ou melhor, é próprio do sistema de manutenção de vidas.

## **CUIDANDO DO CORPO MUTILADO**

Durante o desenvolvimento da proposta procurou-se, conforme o preconizado por Polak (1997) maior aproximação do cliente e da equipe, maior aproximação do corpo que não

é apenas mais um entre tantos, mas um corpo inserto, uma corporeidade cercada por mitos, rituais, valores; cumpre desencadear um processo reflexivo sobre o nosso estar no mundo e ainda do pensar como vivenciamos, enquanto corporeidade, o mundo vida do corpo queimado, na modalidade de corpo cuidador.

Falar do corpo é tornar objetivos os aspectos biológicos, filosóficos, mecânicos e sociais, aspectos muitas vezes que nos conduzem a caminhos tortuosos que dificultam a compreensão do que seja cuidado ou cuidador. O corpo no Serviço de Queimados passa a ser apenas mais um, excluído, rejeitado, confinado, tratado a distância pelo cuidador que se “protege” com luvas, máscaras, aventais, criando uma distância única, que o corpo enfermo não consegue ultrapassar. Visto como número, código, alguém que passa a viver enclausurado, permeado de normas, junto com pessoas que não conhece, fatos que o amedrontam e fazem sofrer.

O corpo cuidado e o cuidador são vistos como matéria do mundo, utensílio, coisa, objeto, máquina formada por peças anatomicamente e fisiologicamente funcionantes, tudo restrito e explicado por leis físicas e mecânicas, o que é descrito por Jacques Monod (1989) o descreve o homem como máquina que se constrói e reproduz a si mesma, o que é bem relatado, quando Polak (1997) ao falar da desmecanização do corpo, salienta :

“A visão mecanicista permeia o viver, o humano e talvez seja uma das responsáveis pelo homem abúlico, sem projetos, triste e solitário do final do século, que busca inconscientemente restaurar o humano em suas vidas para continuar a caminhada.”

*“O homem contemporâneo é um homem sem história, sem tradição e memória. A ciência o deixou sozinho na imensidão do universo de onde emergiu por acaso. Ele tornou-se um homem do momento, da moda, do último lançamento, da última notícia, um outdoor ambulante. Esse homem vive da novidade, das novas emoções, com desprezo ao ontem. O descartável, o renovável são os seus valores, a base do seu pensar e agir.”* (Jacques Monod, O acaso e a necessidade, 1970).

Esta afirmação relata bem como a aparência física do corpo interfere na forma social de agir e pensar. Isto me faz entender qual o real sentimento de exclusão e afastamento que uma pessoa grande queimada tem, ao se deparar com a sua realidade de corpo mutilado.

A dor, o sofrimento ímpar vivenciado neste cenário ensejaram a reflexão, na percepção da necessidade de sentir, de ouvir, de interpretar o expresso pelo corpo queimado, de entender o pedido de socorro e de concordar com o discurso abaixo:

*“Nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para que possa ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correio, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui em algum lugar.”* (Foucault, 1992).

Concordando que há sempre uma verdade adormecida, procurou-se dar a mão, simbolicamente, a toda equipe de enfermagem que partilhou conosco essa realidade, levando-a a perceber que eles até então vinham prestando cuidados mecânicos, fazendo por fazer, desconhecendo os sentimentos, anseios e desejos; procurava-se mostrar que evidenciaram e desenvolveram um simples gesto de carinho e atenção, para minimizar a dor e o sofrimento do corpo queimado.

Inicialmente tivemos dificuldade na aproximação da equipe, porquanto se mostrava muito fechada. Problema compreensível, pois estávamos invadindo a sua territorialidade. Com apresentação dos objetivos, o clima foi melhorando e a confiança tornou-se maior. Paralelamente a apresentação dos objetivos, foi solicitado que eles ensinassem o que sabiam e lhes mostraríamos como fazer outra leitura do corpo queimado; fizemo-lhes perceber que para cuidar de alguém devemos ser capazes de entendê-lo e ao seu mundo como se fizessemos parte dele; é preciso vê-lo com os seus olhos, por que é, e como se vê - devemos estar com ele neste mundo e entrar para senti-lo de dentro, como ele é vivido. “Olhar para” nos permite descobrir o corpo doente, olhando por si mesmo e para seu sofrimento.

Pouco a pouco as nossas ações tornaram a ser acompanhadas pela equipe. Percebe-se que, após algum tempo, estávamos sendo modelos; a equipe estava mais receptiva às queixas, às perguntas, aos medos e pedidos dos pacientes. O trabalho diário se estava tornado mais desmecanizado e as ações do fazer pelo fazer estavam mais diluídas, os distanciamentos diminuídos e o outro mais valorizado.

Essa constatação reforça a importância de investir no sensível, viver em grupo, valorizar a compreensão, o sentir, a taticidade, a importância de viver em plenitude cada toque, cada olhar, para acabar com o distanciamento corpo-espírito e homem-natureza, isto é desmecanizar o nosso fazer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caminhada percorrida com equipe e cliente, norteados pela corporeidade, mostrou para mim quanto é possível trabalhar de forma humana, evocando o sensível ao mundo frio e impessoal da hospitalização, precisamente no Centro Cirúrgico de Queimados.

A trajetória permitiu perceber que o conhecimento das emoções subjacentes ajudam a equipe a proporcionar o cuidado mais humano; assim aceitam melhor o comportamento do corpo cuidado sem julgamento prévio, entendendo-o e encorajando para que as pessoas expressem seus sentimentos.

Em virtude da complexidade da situação, as vítimas de queimaduras geralmente são internadas em serviços especializados em grandes hospitais, o que nos remete a tecer considerações sobre o papel da enfermagem neste cenário.

Considerando o impacto do trauma e a importância da prevenção, ressalta-se a relevância das partes envolvidas, em face da população, bem como a existência do conteúdo na grade curricular dos profissionais de saúde.

O conviver neste cenário consolida a minha crença de que é possível mudar a realidade do cuidar, desde que a enfermeira possua competência, seja segura, que respeite a si própria e ao outro, principalmente nas situações críticas, quando o outro que a procura é um ser fragilizado em busca de ajuda, para viver decentemente a sua condição de doença ou de morte.

**ABSTRACT:** It is an account experienced in a unit for burned bodies. Strategies for the demechanization of the caregiving body were implemented, objectifying the design of a caring proposition for burned victims, grounded by Polak's nursing

and caring conception (1996). Respect for the uniqueness and expectations of the disabled body are pointed out.

**KEY WORDS:** Burns; Nursing Care

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DOURADO, Vilalba Rita Colares. **Tratamento em pacientes com queimaduras**. São Paulo: Lovise, 1994.
2. FOULCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992
3. GOMES, Dino R. Serra, M. Cristina. Pellon, Marco A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
4. LEAL, Ondina Fachel. **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1995.
5. MENEZES, Eni-Leci Monteiro de. Silva, Maria José da. **A enfermagem no tratamento dos queimados**. São Paulo: EPU, 1988.
6. MONOD, Jaques. **O acaso e a Necessidade**. Petrópolis, Vozes, 1970.
7. POLAK, Ymiracy N. S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Florianópolis, 1996. Tese. Doutorado (Pós Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
8. \_\_\_\_\_. **Desmecanização do corpo**. Digitado. 16 p. 1997.
9. ROGERS, Osborn. **Enfermagem de emergência**. Um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Endereço do autor:  
Av. Paraná, 998/1301 - Bairro Cabral  
CEP 80035-130 - Curitiba - PR  
Fone: (0xx41) 252-8801