

Tentativa de suicídio pós-queimadura: uma experiência humana inscrita na pele

Post-burn suicide attempt: a human experience inscribed in the skin

Intento de suicidio después de la quemadura: una experiencia humana inscrita en la piel

Cristiani Nobre de Arruda, Andrea Stopiglia Guedes Braide, Maria Cecília Alves do Nascimento, Edmar Maciel Lima Júnior, Marilyn Nations

RESUMO

Introdução: Fatores culturais desempenham papel fundamental no comportamento suicida, acarretando diferenças deste problema no mundo. Não há consenso literário de que pessoas que sofreram queimaduras apresentem inclinação maior para suicídio. Cada contexto identifica ideações suicidas e tentativas de suicídio no pós-trauma – fator novo que desafia o entendimento e o atendimento da equipe multidisciplinar nas organizações chamadas de Terceiro Setor.

Objetivo: Desvelar aspectos relacionados à tentativa de suicídio pós-queimadura. **Relato de caso:** Descrição de caso de paciente vítima de choque elétrico. Os aspectos subjetivos vêm dos dados registrados a partir do acompanhamento multiprofissional no Instituto de Apoio ao Queimado (IAQ), no período maio de 2014 até outubro de 2015. Foram descritos os aspectos clínicos relacionados com desesperança, ideação suicida e tentativa de suicídio deste indivíduo.

Conclusão: Queimadura é quase sempre acompanhada de perdas. As perdas variam com a situação particular do indivíduo e a extensão do ferimento da queimadura. A experiência humana de ser queimado é caracterizada por um processo ativo de construção de significado, que envolve indivíduos em diferentes formas socioculturais. A imagem da vida social deste homem pode parecer excessivamente séria e até mesmo opressiva. Essa clientela precisa da atenção da equipe no ambulatório multiprofissional chamado Terceiro Setor, pois a tentativa de suicídio pós-trauma pode ameaçar relações, projetos de vida e até mesmo a sobrevivência. O conhecimento antropológico aprofundado é parte de uma investigação moral cotidiana e pode influenciar decisões e ações do indivíduo em situação de vulnerabilidade.

DESCRITORES: Queimaduras. Tentativa de Suicídio. Antropologia Médica. Ambulatório Hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: Cultural factors play a pivotal role in suicidal behavior, resulting in vast differences in the characteristics of this problem worldwide. No consensus exists in the literature that people who have suffered burns are more inclined to commit suicide. In each context, however, suicidal ideation and suicide attempts are identified post-trauma – a new occurrence that challenges the multidisciplinary team's understanding and clinical practice in tertiary care. **Objective:** To reveal human aspects related to suicide attempts after sustaining burns.

Case report: A case description of electrical burn victim. The material (subjective aspects, family issues, gender differences) was derived from data compiled during a multidisciplinary follow-up of patients, from May 2014 until October 2015, at the Institute of Burn Victims' Support. We describe clinical features associated with hopelessness, suicidal ideation and attempted suicide of patients suffering electrical shock.

Conclusion: Burns are often, if not always, accompanied by losses. The types of losses vary according to the individual's particular situation and the extent of the burn injury. The human experience is characterized by an active process of meaning construction that involves individuals from differing social and cultural positions. The image of this man's social life may appear excessively serious and even oppressive. These patients demand the attention of tertiary care health professionals given that post-trauma suicide attempts can threaten relationships, life plans and even survival. Profound anthropological knowledge should be part of an inquiry of everyday moral life, which may influence the decisions and actions of human beings in vulnerable situations.

KEYWORDS: Burns. Suicide, Attempt. Anthropology, Medical. Outpatient Clinics, Hospital.

RESUMEN

Introducción: Los factores culturales juegan un papel clave en el comportamiento suicida, resultando en diferencias de este problema en el mundo. No hay consenso en la literatura de que personas que sufrieron quemaduras sean más propensa al suicidio. En cada contexto, se identifican ideas suicidas e intentos de suicidios en el post-trauma. Nuevo factor que desafia la comprensión y el cuidado del equipo multidisciplinario del Tercer Sector. **Objetivo:** Desvelar los aspectos relacionados con el intento de suicidio después de la quemadura.

Caso clínico: Reporte de caso de paciente víctima de choque eléctrico. Los aspectos subjetivos son provenientes de registros a partir del seguimiento multiprofesional en el Instituto de Apoyo al Quemado (IAQ), en el período de mayo de 2014 a octubre de 2015. Son descritas las características clínicas relacionadas con la desesperanza, ideación suicida y el intento de suicidio del caso. **Conclusión:** Quemadura es, a menudo, acompañada de pérdidas que varían de acuerdo a las circunstancias particulares de la persona y la extensión de la lesión por quemadura. La experiencia humana de ser quemado se caracteriza por un proceso activo de significado de decisiones, que envuelve personas que se colocan en diferentes formas socio-culturales. La imagen de la vida social puede parecer incluso opresiva. Estos clientes también necesitan ser atendidos por profesionales de salud del Tercer Sector, ya que el intento de suicidio post-trauma puede amenazar relaciones, proyectos de vida y hasta la sobrevivida. El conocimiento antropológico profundo es parte de una investigación moral cotidiana y puede influir en decisiones y acciones de la persona en situación de vulnerabilidad.

PALABRAS CLAVE: Quemaduras. Intento de Suicidio. Antropología Médica. Servicio Ambulatorio en Hospital.

INTRODUÇÃO

Queimadura é uma lesão devastadora – não só fisicamente, mas emocionalmente. É uma injúria grave e responsável por sequelas indelévels e morte. Mesmo que não levem ao óbito, as queimaduras graves produzem sofrimento físico, requerendo tratamentos que duram meses ou anos^{1,2}, e afetam a autoestima, os contornos reconhecidos como próprios ao indivíduo, as relações familiares, o trabalho e a honra. Além disso, pessoas com queimaduras graves podem sofrer perda de capacidades físicas, incluindo amputação, deformação, déficit e sequelas motoras, motricidade abalada e cicatrizes que afetam não apenas a vítima de queimadura, mas toda a família³.

As lesões estão associadas a repercussões físicas, sociais, econômicas, culturais. É um problema de saúde global, que necessita da atenção de órgãos governamentais⁴. Representa, socialmente, muito mais do que a ameaça de uma “doença cutânea” crônica — ela afeta drasticamente a identidade da pessoa queimada, como consequência do estigma que ainda existe em nossa sociedade. O estresse do trauma, a dor e as desordens provocadas por atrocidades são ocorrências de saúde, além de assuntos políticos e culturais^{5,6}.

Essa vulnerabilidade vivencia injúria moral, aflição e desordens que não são provocadas somente pela dor física, mas também pela luta que as pessoas empreendem por melhores condições de saúde, assistência social e solução de questões legais e morais, que emergem no contexto pós-emergência das queimaduras e que constituem a dor definida como sofrimento social⁷.

A presença deste distúrbio influencia negativamente a capacidade funcional refletida, por exemplo, em um mau funcionamento familiar, na redução da qualidade de vida e no comprometimento da satisfação com a vida, com o corpo, com a atividade sexual e com os relacionamentos interpessoais⁷.

Não há consenso na literatura de que as pessoas que sofreram queimaduras podem apresentar inclinação maior para o suicídio. Dentro deste contexto, são identificadas e incluídas as ideações e as tentativas de suicídio. Este é, sem dúvida, um fator novo a desafiar o entendimento e o atendimento da equipe multidisciplinar no espaço do Terceiro Setor. Neste momento, reforçamos aqui a relevância para um setor que é constituído por organizações sem fins lucrativos e não governamentais, que têm como objetivo gerar serviços de caráter público – um espaço de associação humana voluntária. Talvez aqui a ressalva de desafio nestes casos tão específicos em função do bem comum.

Com o objetivo de desvelar alguns aspectos relacionados ao suicídio pós-queimadura, estudamos tanto os dados de prevalência como os demográficos, os de lesões e os de outros aspectos clínicos correlacionados com desesperança, ideação suicida e tentativa de suicídio no paciente vítima de choque elétrico em atendimento no Instituto de Apoio ao Queimado (IAQ), em Fortaleza, CE.

Trabalho realizado pela descrição de caso coletado por demanda do projeto de pesquisa: *Padronização no Tratamento Cirúrgico (Desbridamentos) em pacientes vítimas de choque elétrico na fase aguda*, tendo como pesquisador responsável o cirurgião plástico

Edmar Maciel Lima Júnior, com parecer ético nº 032483/2013. Trata-se de um estudo transversal, com direcionalidade temporal do tipo prospectivo.

Nosso material (aspectos subjetivos, questões familiares, diferenciação de gênero) vem dos dados registrados e computados a partir do acompanhamento multiprofissional no IAQ, no período maio de 2014 até outubro de 2015. As propostas teóricas que levaram ao relato de caso estão relacionadas ao campo de conhecimento das Ciências Sociais e Humanas na área da Saúde Coletiva. Tais propostas nortearam as questões do estudo, deram forma reflexiva sobre o tema e às interpretações que surgiram ao longo do estudo.

O CASO (HISTÓRIA PREGRESSA E TRATAMENTO)

Em março de 2014, homem de pele clara, 56 anos, recebeu uma descarga elétrica de alta tensão de 30 mil volts durante o trabalho. Estava ajudando a reparar o telhado de uma casa quando percebeu que o fio de energia elétrica estava muito próximo a ele. Resolveu então afastar o fio usando um pedaço de madeira. Imediatamente foi eletrocutado e caiu da laje. Foi levado prontamente para um hospital de alta complexidade, localizado em Fortaleza, CE. Pelo caminho comprido e frio do sétimo andar, é admitido na emergência do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) com lesões de 2° e 3° grau e 60% de segmento corpóreo queimado em membros superiores e torácicos. Além das queimaduras, sofreu fratura no nariz, costelas e traumatismo crânio encefálico devido à queda.

Médicos e enfermeiras andam em passos apressados para, imediatamente, iniciarem os cuidados especiais e o tratamento ao qual o caso requeria. As circunstâncias desafiavam a Medicina porque a queimadura altera drasticamente toda a fisiologia do paciente. Ao passar pelo seu corpo, a corrente elétrica causa um conjunto de perturbações de natureza e de efeitos diversos: uma violenta contração muscular; alteração do ritmo cardíaco, produzindo fibrilação ventricular, e queimaduras profundas, que ocasionam necrose do tecido, dos ossos, dos músculos e dos órgãos. Em decorrência disto, várias regiões do corpo ficaram sujeitas a consequências graves. O paciente passou por várias cirurgias reconstrutoras e por cobertura da pele queimada com enxertos. O choque saiu pelas mãos e causou necrose em parte do tecido. O diagnóstico médico sugere a amputação – desarticulação do cotovelo direito.

Após aproximadamente 45 dias de procedimentos médicos dolorosos e invasivos, necessários para tratá-lo e, eventualmente, “curá-lo” de seus ferimentos, o paciente é liberado do hospital. Apesar das marcas, das cicatrizes e de ter perdido a funcionalidade das mãos, é encaminhado ao IAQ para ser assistido por uma equipe multiprofissional, visando à sua reintegração funcional, social e emocional. As cicatrizes da queimadura começam a sofrer maturação, tomando-se hipertróficas e queloidianas. Assim, o paciente inicia o tratamento vestindo uma roupa de pressão elástica marrom em torno de seu tronco, membro superior e inferior. Desde o início, era muito sensível sobre sua aparência.

Em seis meses de tratamento, foi observada pela equipe uma evolução com baixa aceitação da terapêutica, devido às graves repercussões estéticas, funcionais, emocionais e sociais. Apesar de otimizar a prevenção das deformidades e das sequelas das queimaduras durante o tratamento, essas complicações produziram angústia e sofrimento físico no sujeito em adaptação ao novo corpo e às novas pulsões decorrentes da injúria. O paciente se sente cansado com os conflitos à sua volta. Sentimentos de perda, de raiva e de frustração são mitigados ou inaparentes. As pressões relacionadas à exclusão, à vulnerabilidade social, ao convívio social e o impacto emocional ocasionados pela lesão foram vias de transformação que podem resultar em desenlace debilitante – a tentativa de suicídio em maio de 2015.

Atorreado e cheio de culpa, regressa ao IAQ e silenciosamente compartilha seu sofrimento. Narra que, ao retornar para casa, percebeu que o comportamento da esposa havia mudado. Durante dez meses após a alta, não teve relações sexuais com ela, mas também não manteve relações extraconjugais. Este espaço com a equipe multiprofissional permite perguntar e questionar sobre as feridas expostas e a escondidas sob a pele. Com todo o trauma, um distanciamento emocional da companheira teve grande impacto na vida do paciente e nos faz atentos para sugerir ações e traçar objetivos relacionados com sua vida.

As orientações sobre as cicatrizes físicas são trabalhadas e se percebe claramente uma falta de interesse com esse cuidado aparente. Já não tão descontraído, ao falar de si e do ato sobrepondo a pulsão da morte, declara não ter gana para viver, escapa sempre do assunto ou, simplesmente, não responde em prosseguir ao tratamento junto à equipe.

Mesmo assim, o cuidado em escutá-lo nas visitas ambulatoriais é constante, principalmente com o processo terapêutico. As visitas são agendadas e monitoradas como forma de continuar o acompanhamento até o momento possível da alta clínica-psicológica objetivada com a segurança do sujeito envolvido em acordo com a equipe. Neste momento é preciso que fique claro que, mesmo com rigor no caminhar deste caso, ainda não foi possível afirmar independência emocional que o deixe seguro para caminhar sem suporte da equipe multiprofissional. No terceiro setor, portanto, se faz possível este desafio do acompanhamento, no qual o indivíduo terá assistência ambulatorial sem custos e todos os envolvidos têm como foco trabalhar para sua melhora na qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Queimaduras não fatais são uma das principais causas de morbidade, incluindo hospitalização prolongada, desfiguração e incapacidade, muitas vezes com o conseqüente estigma e rejeição. Estão entre as principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade perdidas em países em desenvolvimento⁸.

Grande progresso foi feito no campo do tratamento das lesões⁹, entretanto, ainda há muito a ser feito e é necessário evoluir, privilegiando certas questões da abordagem antropológica do corpo e do binômio saúde/doença. À complexidade do tratamento, soma-

se uma realidade de exclusão social, de pobreza e de abandono de forma tão concentrada que tem intrigado pesquisadores sociais e profissionais da área.

Essa experiência tão icônica da prestação de cuidados – paradoxo da Medicina contemporânea – nos faz percorrer um longo caminho para a redução da carga inaceitável de morte e de sofrimento das queimaduras. Menos visível, mas ainda disseminado, é o legado do sofrimento individual diário deste homem, que infligiu uma violência contra si próprio. São poucas ou quase nenhuma as notificações de casos de tentativa de suicídio pós-queimadura, marcando uma necessidade de reconhecimento desta problemática para nortear ações preventivas.

Os comportamentos autolesivos e os atos suicidas representam um grave problema de saúde global¹⁰. Acrescenta-se ainda que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização¹¹. Reconhecer os limites da Medicina científica não significa, todavia, que os profissionais da saúde devam fugir à luta para salvar uma vida. Ninguém tenta suicídio por apenas uma razão^{11,12}. A causa declarada é sempre a gota d'água e as queixas visíveis têm mil outras por baixo. Ela envolve questões socioculturais, genéticas, psico-dinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais sem que um único fator possa ser apontado como exclusivamente responsável pela tentativa ou pelo suicídio propriamente dito. Os fatores que compõem este fenômeno formam um conjunto. Modelos multifatoriais mostram-se mais adequados à compreensão do processo de adoecimento, especialmente quando há cronicidade¹². A dor e o sofrimento ocorrem “no corpo que está no mundo”^{6,13}.

Da mesma forma, os corpos não existem no vácuo, mas são entidades relacionais. Um corpo é determinado por sua relação com os outros e com o espaço. Quem quer isso? Quem é estranho? Quem chora? Como são as condições em que vive? Um corpo também é definido por seus limites. A pele não só limita seus movimentos, mas é também limite de suas conquistas políticas. Esses limites são demarcados por “lacunas” de vulnerabilidade. Assim, a identidade negativa é construída – tem sido a declaração de um “outro”¹⁴. Nessas condições, um fato peculiar que pode ser observado é o de que, numa determinada sociedade, são as/os vulneráveis que se constituem como “alvo preferencial da dor moral”⁶.

Essa breve afirmação aponta para um grave conflito não resolvido para este homem: o preço que tem que pagar pela forma de desordem social e moral em detrimento ao seu corpo pode justificar e perpetuar seu sofrimento. É assim que o corpo desse homem se inscreve: em um contexto de vulnerabilidade familiar (e isso é mais evidente entre os mais pobres), uma firma reconhecida para nomear o homem, que é quem ganha mais, é o líder superior, na qual protege e é a autoridade em uma família. Esses valores influenciaram fortemente a sua vulnerabilidade individual e programática: condições de vida e de trabalho, realidade cultural, situação econômica, nível de escolaridade, ambiente, relações de gênero^{15,16}.

Cada uma dessas perspectivas representa uma parte da imagem. Damos assistência como parte do fluxo do cotidiano vivido entre valores e emoções que compõem a experiência moral. Aqui, valores

coletivos e emoções sociais são tão influentes quanto os individuais. Dentro desses mundos morais locais – família, rede, instituição, comunidade – cuidado é uma das coisas que realmente importa, mas geralmente não a única^{6,13}.

CONCLUSÃO

Como toda mudança, seja ela positiva ou negativa, destacamos aqui a importância do olhar cuidadoso em todos os níveis durante acompanhamento com casos de tentativa de suicídio. Neste, especificamente, a queimadura externa suas perdas, muitas vezes, se não sempre, perdas irrecuperáveis como a moral e a autoestima. Essas perdas variam de acordo com a situação individual e a extensão do ferimento de queimadura. A experiência é caracterizada por um processo ativo de construção de significado, que envolve indivíduos que estão posicionados de forma diferente social e culturalmente. A imagem da vida social pode parecer excessivamente séria e até mesmo opressiva.

Neste caso, relatamos uma situação que deve ocupar a atenção da equipe porque sua ação suicida pode ameaçar relações, projetos de vida e até mesmo a sobrevivência. O conhecimento da equipe deve tornar-se parte de uma investigação moral cotidiana, que pode influenciar as decisões e as ações dos seres humanos em situação de vulnerabilidade.

Em contraste com o discurso ético, a experiência moral é sempre um compromisso sobre as práticas em um mundo particular local, um espaço social que carrega especificidade cultural, política e econômica. Nosso ponto não é depreciar a ética em nome da experiência moral, mas sim contribuir para um alargamento do discurso global inclusivo. O engajamento através de domínios distintos que desencadeiam o ato suicida precisa ser trabalhado a partir das consequências que injúrias físicas podem gerar.

Na verdade, este caso se destaca como um trabalho multiprofissional que estamos desenvolvendo, desafio no espaço do chamado Terceiro Setor em um país em crise político-econômica com fragilidade na saúde e dificuldades para compreender as lacunas do sofrimento social. Aqui, sim, a preocupação vai muito além das marcas

físicas deixadas pela queimadura da pele. Este indivíduo se mutilou emocionalmente por não ser aceito com estas marcas físicas deformantes e as limitações que elas geraram.

Dessa forma, a opção deste relato de caso ocorreu por possibilitar estar junto da situação a ser pesquisada e produzir reflexões em torno das indagações que surgem dos acontecimentos. Permite ainda à equipe multiprofissional do IAQ planejar as intervenções contemplando os aspectos biopsicossociais, espirituais, situacionais ou simplesmente, as necessidades humanas básicas.

REFERÊNCIAS

- Burke JF. The treatment of burn injury. *Rev Bras Queimaduras*. 2003;3(1):4-5.
- Lima Júnior EM, Serra MCVF. *Tratado de queimaduras no paciente agudo*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
- Davis T, Gorgens K, Shriberg J, Godleski M, Meyer L. Making meaning in a burn peer support group: qualitative analysis of attendee interviews. *J Burn Care Res*. 2014;35(5):416-25.
- Mock C, Peck M, Krug E, Haberal M. Confronting the global burden of burns: a WHO plan and a challenge. *Burns*. 2009;35(5):615-7.
- Keusch GT, Wilentz J, Kleinman A. Stigma and global health: developing a research agenda. *Lancet*. 2006;367(9509):525-7.
- Kleinman A. *Experience and its moral modes: culture, human conditions, and disorder*. San Francisco: Stanford University; 1998.
- Arruda CN, Braide ASG, Nations M. "Carne crua e torrada": a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(10):2057-67.
- WHO. *Violence and Injury Prevention*. Fact sheet. *Burns*; 2012.
- Schiozer W. *Revista Brasileira de Queimaduras: um instrumento para prevenção e melhoria das condições de tratamento de queimaduras*. *Rev Bras Queimaduras*. 2012;11(1):1.
- Bui DB, Markle WH. Carga global da doença. In: Markle WH, Fischer MA, Smego Júnior RA. *Compreendendo a saúde global*. 2. ed. Porto Alegre: AMGH; 2015. p.32-50.
- Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP* 2014;25(3):231-6.
- Durkheim E. *O suicídio: estudo de sociologia*. 1a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
- Good MJD, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A, eds. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Los Angeles: University of California Press; 1992.
- Butler J. *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. New York: Routledge; 2003.
- Gomes R. *Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.228.
- Bourdieu P. *A dominação masculina*. Tradução Maria Helena Kühner. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

Cristiani Nobre de Arruda - Terapeuta Ocupacional, Doutoranda em Saúde Coletiva (UNIFOR), Bolsista FUNCAP, Fortaleza, CE, Brasil.
Andrea Stopiglia Guedes Braide - Fisioterapeuta, Doutoranda Saúde Coletiva (UNIFOR), Docente (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil.
Maria Cecília Alves do Nascimento - Psicóloga do IAQ (Instituto de Apoio ao Queimado), Pós-Graduanda em Neuropsicologia (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil.
Edmar Maciel Lima Júnior - Cirurgião Plástico, Presidente do IAQ (Instituto de Apoio ao Queimado), Mestrando em Farmacologia, Fortaleza, CE, Brasil.
Marilyn Nations - Docente do Curso Saúde Coletiva (UNIFOR), Pós Doutora Saúde Global e Medicina Social (HARVARD MEDICAL SCHOOL), Boston, EUA.

Correspondência: Cristiani Nobre de Arruda
 Rua José Napoleão, 355 – Bloco B – ap 201 – Meireles – Fortaleza, CE, Brasil – CEP 60170-210. E-mail: cristianiarrruda@hotmail.com

Artigo recebido: 15/01/2016 • **Artigo aceito:** 20/6/2016

Local de realização do trabalho: Instituto de Apoio ao Queimado (IAQ), Fortaleza, CE, Brasil.

*Agradecimento ao Instituto de Apoio ao Queimado (IAQ), Fortaleza, CE, Brasil e a Bolsa de produtividade Funcap.