

## **A CANDÊNCIA DO TRAUMA PSÍQUICO NA CLÍNICA DE QUEIMADOS: DA QUEIMADURA AO ABUSO**

### **THE CANDENCY OF PSYCHIC TRAUMA IN THE BURNED CLINIC: FROM BURNING TO ABUSE**

Isadora Tostes Cavalcante<sup>1</sup>, Celeste Imaculada Conceição Gobbi<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

Na clínica do Serviço de Queimados são frequentes reações agudas ao stress e o acúmulo de situações traumáticas e traumas ocorridos na infância é relacionado ao agravamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Em uma paciente vitimizada foram observadas reações intensas, que persistiram durante a hospitalização e após sua alta. Durante os atendimentos psicológicos, um trauma anterior à queimadura, ocorrido na adolescência, foi lembrado. Este estudo de caso teve o objetivo de relacionar uma experiência traumática anterior com os sintomas psicopatológicos atuais apresentados por uma paciente que sofreu queimaduras por combustão de produto químico. O método foi qualitativo e o material foi coletado do prontuário médico, dos atendimentos em psicoterapia, das discussões das supervisões clínicas e foi interpretado através da teoria psicanalítica Freudiana. Concluiu-se que uma experiência traumática anterior acentuou os sintomas psicopatológicos atuais e, ao ser ressignificado, proporcionou a diminuição dos sintomas de TEPT.

**Palavras Chave:** Queimaduras, Trauma Psicológico, Abuso sexual, Psicanálise, Psicologia em Saúde

#### **ABSTRACT**

In the Burn Service, acute reactions to stress are frequent and the accumulation of traumatic situations and traumas that occurred in childhood is related to the worsening of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). In one victimized patient intense reactions were observed, which persisted during hospitalization and after discharge. During psychological consultations, a trauma prior to the burn, which occurred in adolescence, was remembered. This case study aimed to relate a previous traumatic experience with the current psychopathological symptoms presented by a patient who suffered burns from chemical combustion. The method was qualitative and the material was collected from medical records, psychotherapy visits, discussions of clinical supervision and was interpreted through Freudian psychoanalytic theory. It was concluded that a previous traumatic experience accentuated the current psychopathological symptoms and, when re-signified, provided a decrease in PTSD symptoms.

**Keywords:** Burns, Psychological Trauma, Sex Offenses, Psychoanalysis, Behavioral Medicine

---

<sup>1</sup>Psicóloga Aprimoranda da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>2</sup>Psicóloga Supervisora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## INTRODUÇÃO

Segundo dados coletados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em que foram filtradas informações sobre morbidade hospitalar em caráter de urgência, no Brasil, no período de janeiro a maio do ano de 2019, ocorreram 9.175 internações por queimaduras e corrosões, sendo a maioria na região sudeste (Ministério da Saúde, 2019).

O Ministério da Saúde (2012) esclarece que as notificações por queimadura no país acontecem, em sua maior parte, nas residências das vítimas. Em mulheres adultas, os casos mais frequentes estão relacionados às várias situações domésticas e, eventualmente, tentativas de suicídio. Entre os adultos homens, as queimaduras mais frequentes acontecem em situações de trabalho. De forma geral, para toda a população, são predominantes as queimaduras por uso de álcool líquido e outros inflamáveis.

As queimaduras são lesões que acontecem por agentes que produzem calor excessivo (energia térmica, química ou elétrica) que danificam os tecidos corporais e causam a morte celular. Os danos a serem classificados são chamados de primeiro, segundo ou terceiro grau. A queimadura de primeiro grau atinge a epiderme, que é a espessura superficial da pele, e apresenta vermelhidão, dor, edema e descama de 4 a 6 dias. Quando é afetada a epiderme e parte da derme, considera-se segundo grau, que pode ser classificada de duas formas: superficial (há formação de bolhas de cor rósea e aspecto úmido) e profunda (as bolhas são brancas e há um aspecto seco). Neste caso, a restauração é estimada de 7 a 21 dias (Ministério da Saúde, 2012).

No caso da queimadura de terceiro grau existe o acometimento da espessura total: a epiderme, a derme e estruturas profundas (músculos e tendões, por exemplo) e a aparência pode ser esbranquiçada ou enegrecida. Neste caso, como em casos de segundo grau profundo, existe a necessidade de enxertia de pele (Ministério da Saúde, 2012).

A pele é o maior órgão do corpo humano e é responsável por uma série de funções fundamentais, como: recobrir o corpo e o organismo, delimitar o contato com o

ambiente externo, funções sensoriais (calor, frio, tato, dor etc.), a homeostase hidroeletrólítica, controle da temperatura interna, flexibilidade e lubrificação da superfície corporal. Portanto, a gravidade do comprometimento dessas funções depende da extensão, profundidade e localização da queimadura. Também outros fatores necessitam ser observados: a idade, a existência de doenças prévias e inalação de fumaça (Vale, 2005).

Os princípios gerais do tratamento das queimaduras são: remover rapidamente o tecido necrótico, efetuar a limpeza da ferida e sua substituição imediata. Quanto às origens dos enxertos (fragmentos de pele de uma área do corpo que promovem a cobertura de uma outra região que está ferida), estes podem ser autógenos (auto-enxertos), quando provém do mesmo indivíduo, homogêneos (aloenxertos), oriundos de outro indivíduo da mesma espécie (pele de doador cadáver estocada em banco de tecido) e heterogêneos (xenoenxertos), originários de indivíduos de espécies diferentes (pele de porco, rã etc.). Este processo recebe o nome de transplante livre de pele ou enxerto de pele ou cutâneo (Gonçalves, 2004).

Esses acometimentos causam grande impacto na saúde pública e para o contexto socioeconômico. Na fase aguda os gastos para o tratamento são grandes e algumas das sequelas exigem medidas relativas à previdência social (Carvalho, Faria, Michelski, Gomez & Ferreira, 2012).

Em um trabalho de revisão bibliográfica, cuja finalidade foi examinar os danos psicológicos e psiquiátricos apresentados por pacientes que sofreram queimaduras, ficou evidenciado que as próprias lesões da queimadura e o tratamento dispensado a esses pacientes, ainda que com avanços da tecnologia, são avaliados como uma das experiências mais dolorosas e, conseqüentemente, podem também se tornar psicologicamente traumáticas (Medeiros, Kristensen & Almeida, 2009).

A queimadura e o tratamento descritos são, para o corpo, um trauma físico. Esse termo frequentemente utilizado no discurso médico, principalmente no contexto cirúrgico, se refere a um conjunto de perturbações causadas por um agente físico que

ocasiona uma ferida (aliás, este é o significado etimológico da palavra trauma). Já o traumatismo, outra palavra familiar do saber médico, seria as consequências no organismo diante de uma lesão séria no corpo. A intensidade do trauma físico, acompanhada do tratamento doloroso citado acima, nos direciona a pensar que, em alguns casos, o trauma físico pode acompanhar também um trauma psíquico.

Para a psicanálise, é atribuído por Freud, segundo Laplanche & Pontalis (2001) ao conceito de trauma um sentido especialmente econômico, determinado por “um afluxo de excitação excessivo em relação à tolerância do sujeito e sua capacidade de controlar e elaborar psiquicamente tais excitações”. Ou seja, o trauma é relacionado a um despreparo para absorver e integrar a excitação de uma experiência, que é pertencente ao universo psicosssexual (caracterizado pela organização das pulsões parciais sob o primado das zonas genitais) (Laplanche & Pontalis, 2001).

A consequência da situação traumática é um rompimento da proteção que defende o órgão anímico contra as excitações, e resulta na liberação de muita energia dentro de um sistema com escassas reservas de energias ligadas. Consequentemente, há o fracasso da ligação (as ligações possibilitam um contorno no fluxo de energias livres, e oferecem representações e união entre si, para operar no consciente), e falha da ação da defesa e da angústia-sinal, que deixa o campo livre para o impacto desorganizador da surpresa, do susto, e da sensação do perigo de morte (Uchitel, 2011).

A inscrição desse acontecimento no aparelho psíquico é denominada, por Freud, como um evento traumático. Este impressiona, imprime, inscreve, mas não simboliza. Sobrevive como marca perceptiva, sem palavra e simbolização, isolado das representações, das cadeias associativas (Uchitel, 2011).

Em 1919, no texto “Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra”, Freud define as neuroses de guerra como neuroses traumáticas, mas que estas se distinguem da neurose comum. Afirmou que a neurose traumática é desencadeada por um acontecimento traumático ou provocada por um conflito do Eu. A base desse conflito

tem formação na situação de risco, neste caso, experienciada no campo de batalha, a partir de efeitos de um perigo mortal. Ainda assim, as neuroses traumáticas também acontecem em tempo de paz, ou seja, em tempos de paz ou de guerra, o Ego defende-se de uma ameaça provocada por um inimigo externo (a violência) ou da ameaça interna (a libido) a qual impele ao Ego a urgência da satisfação pulsional. Diante dessas circunstâncias, resta ao ego buscar abrigo na neurose, esta sempre traumática em sua etiologia (Freud, 1919/1989).

A etiologia da neurose se refere a um conflito psíquico (por exemplo: entre um desejo e uma exigência moral ou de dois sentimentos contraditórios) de caráter sexual, precedido de um acontecimento intenso, durante a infância do sujeito, gerador de um perigo intrapsíquico (Laplanche & Pontalis, 2001).

Estes conflitos essencialmente estão relacionados à situação edípica (conjunto organizado de desejos amorosos e hostis sentidos pela criança em relação aos pais), ao complexo de castração (conjunto de fantasias centradas na diferenciação anatômica dos sexos atribuídas à retirada ou à ausência do pênis), relativos, na estrutura neurótica, às duas instâncias psíquicas: o Ego e o Id. Por motivo de uma pressão superegóica (influenciada pela realidade exterior), o Ego se recusa a acolher as pulsões provenientes do Id e reage com uma ação defensiva: a repressão. A isto pode suceder uma manifestação simbólica desse evento: um sintoma (Laplanche & Pontalis, 2001).

Este sintoma, provocado por uma tentativa de se defender da angústia gerada, está relacionado não só a um acontecimento em si, segundo Freud, mas à significação e à representação que o sujeito faz do ocorrido (Laplanche & Pontalis, 2001).

Isto posto, no caso da neurose traumática, uma importante distinção é ser um quadro evocado por fortes comoções mecânicas, nas quais existe um real perigo de morte e por apresentar duas condições próprias: a intervenção do fator surpresa e a curiosa diminuição do desenvolvimento da neurose quando se produz uma ferida no órgão psíquico atingido ocasionada por essa sobrecarga das excitações (Uchitel, 2011).

A sobrevivência física está em risco e o psiquismo é ameaçado pelo impacto de

uma sobrecarga, que pode imobilizar o processo de resposta. Na condição traumatizante, a resposta de mecanismo reflexo falha, e também falha o princípio da constância que assegura que o princípio do prazer (que busca a descarga e a satisfação imediata) impere. O núcleo do perigo é localizado no aumento do fluxo de excitação, que estaria além do intolerável (Uchitel, 2011).

No texto “Além do princípio do prazer” (1920/2010), Freud apresenta mais contribuições para pensar esta relação com a situação traumática. Primeiramente define o princípio do prazer como uma forma de regulação de processos psíquicos que é estimulada por uma excitação desprazerosa e, com isso, direciona uma ação para reduzir a tensão criada e, proporcionalmente evitar o desprazer e gerar o prazer. O aparelho psíquico se empenha em reduzir ao máximo a quantidade de excitação ou, ao menos, mantê-la o mais constante possível. Ainda afirma que grande parte do desprazer sentido está relacionado com a percepção, tanto de instintos internos insatisfeitos, como da percepção externa, que podem provocar impressões desprazerosas a ponto de serem reconhecidas como perigosas.

Freud expõe como na situação da Neurose Traumática outro ponto se distingue: os sonhos. Os sonhos dos neuróticos traumáticos não funcionam para a realização de um desejo, mas sim com a intencionalidade de retornar à situação do evento, ao terror, cuja tarefa é anterior ao princípio do prazer, e obedecer a compulsão à repetição. Ou seja, nesta repetição se tenta assumir um papel ativo, em oposição ao papel passivo provocada pelo despreparo ao evento e, com isto, buscar não somente se organizar e elaborar psiquicamente a experiência vivida, mas também apropriar-se dela (Freud, 1920/2010).

Essas manifestações apresentadas na experiência traumática, nomeadas como sintomas, podem receber diferentes compreensões a depender de como é dispensado o olhar e a escuta a elas, e isto altera significativamente o direcionamento do tratamento a ser realizado. Para a psicanálise, os sintomas representam uma mensagem, uma forma de manter um equilíbrio entre as instâncias psíquicas, de proporcionar algum tipo

de satisfação pulsional, mas também a melhor forma que o sujeito encontrou para se organizar diante da angústia, o que implica um acolhimento destes sintomas, para que possam ser traduzidos dentro de uma dialética singular. Já para o saber médico psiquiátrico, os sintomas são vistos como transtornos que demonstram um desequilíbrio no funcionamento normal do indivíduo, são sinais de uma doença e devem ser eliminados (Maia, Medeiros & Fontes, 2012).

Desta forma, o quadro sintomático da experiência traumática, dentro do saber médico, foi classificado como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e adquiriu esta denominação em um período que ocorriam algumas mudanças paradigmáticas no campo da psiquiatria contemporânea, a partir de avanços dos estudos sobre neurociências, biologia molecular e psicofarmacologia. O discurso psiquiátrico, a partir da década de 50, objetivava maior cientificidade e embasamento calcados na racionalidade médica e sua inserção ocorreu através da construção de categorias nosológicas e de um discurso dominante de enfoque neurobiológico (Oliveira, 2015).

Somente no ano de 1974, na publicação do DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), foram incluídos os critérios para Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). Depois, em 1994, no DSM-IV, foram incluídos, pela primeira vez, os critérios para Transtorno de Estresse Agudo (TEA), que se tornou um diferencial para o diagnóstico de TEPT, pois se constatou que qualquer indivíduo saudável, ao passar por situação de estresse intenso, desenvolve uma reação aguda ao estresse, com características de: choro, raiva, medo, insônia, memórias, pesadelos e flashback. Entretanto, em cerca de 30 dias, esses sintomas podem diminuir de intensidade e frequência. Entrou-se em consenso que essa seria uma fase de elaboração normal da vivência traumática (Serafim & Mello, 2010).

Atualmente o DSM-V, em sua mais nova edição, publicada em 2013, estipulou cerca de 8 critérios que enquadram o diagnóstico de TEPT: o primeiro critério seria da exposição propriamente ao episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual. Em consequência, cada critério apresentado deve ter a presença de

um ou mais, ou dois ou mais sintomas para serem enquadrados no diagnóstico, e são: sintomas intrusivos de flashbacks, pesadelos e etc., evitação persistente a estímulos associados ao evento traumático, alterações cognitivas e no humor, amnésia dissociativa, medo, pavor, raiva, culpa e etc., alterações marcantes na excitação e na reatividade; comportamentos irritadiços, surtos de raiva, hipervigilância. Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica. O principal dessa classificação é que as perturbações citadas acima devem ter a duração de mais de um mês. (APA, 2013)

Diante desse cenário, estudos apontam as alterações psicológicas dos pacientes que sofreram queimaduras, para além dos sintomas agudos do próprio trauma, da ansiedade e depressão. Estima-se que 22% a 45% dos pacientes com queimaduras após a hospitalização venham a desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), além de um grupo expressivo que apresenta uma forma subsindrômica de TEPT (Medeiros et al., 2009).

Uma pesquisa que buscou examinar padrões de vitimização (onde há a exposição contínua de violência contra mulheres) apontou que diante de relatos de experiências de violência comunitária, ferimentos graves, mortes de parentes e amigos, violência perpetrada por parentes e amigos, o acúmulo de situações traumáticas e traumas ocorridos durante a infância também se mostraram relacionados à maior prevalência de agravamento de TEPT, ainda que tenha ocorrido sobreposição dos intervalos de confiança em algumas destas situações (Kennedy, Bybee, & Greeson, 2014).

Alguns acontecimentos traumáticos, apesar de violentos, produzem sintomas que são organizadores para o aparelho psíquico, como medidas de integração egóica. Como, por exemplo, o conflito neurótico vivenciado no complexo de Édipo, que seria a passagem de uma endogamia para uma exogamia física e psíquica veiculada pela lei

do incesto (Uchitel, 2011).

Como seria para um sujeito nas fases do seu desenvolvimento (infância e adolescência), ter ignorada, pela figura parental, esta lei estruturante? Para a psicanálise, segundo Fuks (1998), o conceito de incesto se insere referente à situação edipiana, mais precisamente na situação pré-edipiana, quando há uma intensa relação de cuidados ofertados pela função materna. Esta cumpre uma função biológica de garantir a sobrevivência do bebê, mas não somente isso, como também a função de investir erogenamente e colocá-lo em um lugar de seu desejo, ou seja, que dê uma marca de um interesse particularizado, que é fundamental para constituição psíquica da criança.

A função paterna, nesse contexto, é o que interdita o desejo da mãe em relação ao bebê e vice e versa (coloca o limite). Quando isto não acontece, há a possibilidade de um gozo sexual entre mãe-bebê, levando em consideração que não se trata de uma sexualidade acabada, genital e adulta, trata-se de um corpo como objeto de uma pulsão ou de um conjunto de pulsões parciais. Já o conceito de incesto como abuso sexual, supõe uma exploração de gratificação sexual por parte de um maior, onde há a implicação de uma relação de poder, assimétrica, imposta à incapacidade da criança ou o adolescente em dar um consentimento informado (Fuks, 1998).

Para a criança, a autora expõe que a vivência edípica, quando há o abandono da mãe como objeto sexual, por si só já causa um apaziguamento da relação intensamente ambivalente e carregada de ressentimento narcísico por parte da criança. Ainda que exista a importância dessas fantasias edípicas como um processo de eficácia simbólica para a elaboração no processo de desenvolvimento psicosssexual, o afeto dos pais, neste momento, é fundamental para prestar um suporte necessário, sem que ocorra uma invasão desse espaço para a vida psíquica da criança (Fuks, 1998).

Entretanto, segundo Uchitel (2011), é importante salientar que: “Nas origens do psíquico, antes de qualquer organização ou defesa, encontra-se o trauma. A qualidade, a intensidade, o momento da estruturação psíquica em que ele ocorre determinam a

gravidade e as consequências (p. 74). ”

Na adolescência, por exemplo, é esperado um arranjo diferente, do que seria na infância, quando há um impacto traumático. Para Marcelli e Braconnier (1989) na adolescência ocorre a passagem da fase de latência para a genital e, conseqüentemente, a emersão das pulsões sexuais. Freud (1905/1996) destaca que é neste período que as fantasias edipianas ressurgem, mas agora, aliadas ao desenvolvimento da sexualidade genital.

Knobel (1992) acentua que mudanças no corpo são sentidas e vividas como incontroláveis e vão exigir, na adolescência, a resignificação de uma identidade. Na construção dessa nova identidade, há o investimento de uma energia intensa, tanto para abandonar seus antigos referenciais, como para criar novos em suas recentes experiências. Este, por si só, é um momento conflituoso e de grande vulnerabilidade.

Quando há situação de abuso sexual nesta fase, a maturidade pode garantir a estabilidade psíquica do sujeito. Porém, se deve considerar, como agravante, a qualidade e a intensidade do laço afetivo que o sujeito tinha com o agressor e, ainda, que a situação será mais traumática quanto o sujeito estiver ligado ou engajado afetivamente com quem inflige castigos, abusos, etc. (Cyrulnik, 2005).

Essas dimensões configuram o efeito da violência sobre a subjetividade do adolescente e os efeitos posteriores do abuso, que incluem vários sintomas, entre eles: promiscuidade sexual, coerção sexual de outras crianças, dependência de drogas, condutas delinquentes e autodestrutivas, tentativas de suicídio, excessiva inibição sexual e transtornos dissociativos e alimentares (Volnovich, 2005).

Os fatores prévios são agravantes para se pensar a suscetibilidade e a intensidade do sofrimento quando há situações traumáticas em tempos diferentes da vida de um sujeito, por exemplo: vivência de violências em diversas esferas (física, psicológica e sexual) na adolescência e, posteriormente, na vida adulta, uma grave queimadura.

No tempo em que atuei como Aprimoranda no Serviço de Queimados, tive

contato com diversos pacientes que sofreram diferentes tipos de queimaduras, em situações variadas. Entre estes, uma paciente chamou a minha atenção por ser a primeira, neste período, que observei manifestar sintomas psicopatológicos intensos (lembranças intrusivas, flashbacks, medo intenso, crises de angústia e etc.) que remetiam ao evento traumático e se agravaram com o tempo de internação. Com isso, surgiu um questionamento: “no que esta paciente que também sofreu queimadura se difere dos demais? ”.

Este caso se tornou relevante para pensar a prática clínica, advindo de um aprendizado que se construiu no tratamento psicológico desta paciente, e contribuir com profissionais da saúde mental que se depararem com pacientes que sofreram queimaduras, ou outro trauma físico, e apresentam exacerbação e persistência dos sintomas psicopatológicos, como os mencionados acima.

## **OBJETIVO**

Relacionar uma experiência traumática anterior com os sintomas psicopatológicos atuais apresentados por uma paciente que sofreu queimaduras por combustão de produto químico.

## **MÉTODO**

O presente estudo recorre ao método qualitativo, através da modalidade de pesquisa de Estudo de Caso. O material foi coletado do prontuário médico da paciente, de anotações de atendimentos em psicoterapia com duração de cerca de uma hora, realizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Enfermaria e Ambulatório do Serviço de Queimados, e das discussões das supervisões clínicas, que aconteciam semanalmente. O período utilizado para este estudo foi de maio até o fim do mês de outubro, do ano de 2019, e foi fundamentado pelo referencial teórico psicanalítico freudiano.

## **APRESENTAÇÃO DO CASO**

Margarida, 33 anos, casada, 2 filhos (R. 6 anos e A. 13 anos), é Vendedora. Sofreu queimaduras por combustão de produto químico.

Foi internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um serviço de referência no tratamento de queimaduras graves, com 29% de superfície corpórea queimada (SCQ), com lesões de 1º grau em face, 2º grau superficial e profundo em membros inferiores esquerdos (MMIIE): coxa, perna e pé, e 2º grau superficial em membro inferior direito (MMIID) e membro superior esquerdo (MSE). Recebeu abordagens cirúrgicas de enxertia em MMIIE (com área doadora da coxa direita e abdômen inferior), em antebraço direito (com área doadora do MSD), nas regiões de coxa e perna esquerda (com área doadora de face anterior da coxa direita) e enxertia de pele parcial em malha em MMIIE (com área doadora de face anterolateral de coxa esquerda e abdômen inferior).

Durante a internação, Margarida fez uso de medicações específicas para maior controle da dor: Metadona 5mg e Gabapentina 300mg, que foram suspensas no ambulatório.

Após sintomas de reação aguda ao estresse (lembranças intrusivas, pesadelos, medo intenso, sentimento de culpa, desejo de evitação de locais e situações relacionadas ao evento traumático, hipervigilância e flashbacks) continuarem persistentes e aumentarem de frequência e intensidade, após o primeiro mês de internação, foram realizadas duas avaliações psiquiátricas.

Ainda que estes sintomas fossem observados pela equipe da UTI e pela psicóloga, foi a partir das orientações em supervisão que foi solicitada a avaliação da psiquiatria. A paciente, apesar de relatar os sintomas, mantinha sempre uma postura colaborativa e pouquíssimo queixosa, o que dificultou observar o seu desconforto. Foi após o questionamento sobre como era suportar esses sintomas que a paciente manifestou o quanto estava desprazeroso e foi discutido com ela a possibilidade de auxílio medicamentoso e este foi aceito.

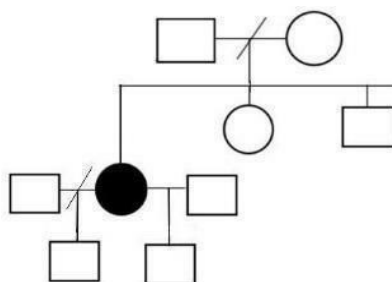
A primeira avaliação psiquiátrica ocorreu 30 dias após a queimadura e a segunda

após 10 dias da primeira avaliação, quando foi concluído que os sintomas não sustentavam quadro de TEPT, embora estivessem relacionados ao trauma. A psiquiatria comentou que a paciente referiu pesadelos recorrentes, mas que dormia bem. Foi indicada a continuidade de acompanhamento psicológico e reavaliação de saúde mental quando retornasse para casa. Não há registro de hipótese diagnóstica da psiquiatria em prontuário e não foi possível, neste momento, interconsulta com esta equipe, somente com os médicos do Serviço de Queimados que discutiram o caso com a Psiquiatria e não sustentaram nosso diagnóstico. Somente após alta hospitalar foi realizada uma avaliação psiquiátrica via Pronto-Socorro da região, e prescrita a medicação Amitriptilina para auxiliar nos sintomas mencionados, que se intensificaram no retorno para casa.

#### DADOS DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

O atendimento psicológico aconteceu por busca ativa realizada rotineiramente na Enfermaria do Serviço de Queimados. Desde a primeira entrevista psicológica, a paciente esteve consciente, orientada têmporo-espacialmente e receptiva ao atendimento.

Natural da Bahia, veio para São Paulo com a família, aos 5 anos. Margarida é a mais velha de uma família de mais dois irmãos:



Sobre seus pais, contou que sua mãe era pouco afetiva e de pouco diálogo com os filhos. Já o pai era uma figura representada em dois tempos: até os seus 10 anos de idade, o considerava um “*super-herói*” (SIC). Este trabalhava como Caminhoneiro e na volta de suas viagens recebia os filhos com presentes, passeios no

parque e variadas brincadeiras. Depois dos 10 anos (*“quando virei mocinha”* (SIC)), o pai transformou-se em alguém autoritário, violento e controlador. Na adolescência de Margarida, não autorizava que ela saísse de casa para ir às festas das amigas de sua vizinhança, o que ocasionava conflitos.

Em uma destas festas foi surpreendida pelo pai, que a agrediu fisicamente, em público, e ao chegar em casa cortou seus cabelos com uma tesoura. Decretou neste momento que ela estaria impedida de sair de casa, inclusive de ir à escola. Alguns familiares tentaram intervir, mas sem efeito. As situações de violências físicas e verbais se intensificaram. Aos 13 anos enfrentou a primeira tentativa de abuso sexual de seu pai, mas conseguiu se desvencilhar. Aos 14 anos, aconteceu uma nova tentativa, sem sucesso novamente, mas, desta vez, Margarida fugiu de casa e por alguns dias dormiu em uma sala de espera de um pronto-socorro.

Retornou para casa para contar o que ocorreu para sua mãe, porém, esta não lhe deu crédito. Após isto, foi acolhida na casa de amigas e pelas mães delas, que a acompanharam novamente para convencer a sua mãe sobre o crime ocorrido, mas sem sucesso. Desta forma, permaneceu na casa de uma amiga e a mãe desta lhe arranhou um emprego de Vendedora, que mantém até hoje.

Posteriormente, sua irmã foi abusada sexualmente pelo pai e, desta vez, o crime foi considerado. O agressor fugiu, mas foi preso anos depois. Após alguns anos, ao questionar sua mãe do porquê não ter acreditado nela, esta lhe respondeu que como Margarida gostava de sair e era impedida pelo pai, acreditou que ela havia inventado tal história. Em seus relatos era constantemente questionada sobre como se deram as suas escolhas e como foi vivenciar as situações narradas. Em alguns momentos, falava sobre seus sentimentos e era estimulada a falar sobre eles.

Margarida relatou possuir mágoas do ocorrido, mas não quis se deixar abater e buscou realizar seu sonho de construir a própria família. Em seu primeiro casamento, teve seu primeiro filho, A. (13 anos). Ao ser questionada como se deu essa escolha de parceiro, referiu que ele chamou a sua atenção por ser fisicamente atraente, mas no

decorrer da relação, este iniciou uso abusivo de álcool e se tornou ciumento e controlador, até que durante uma discussão ameaçou agredi-la; neste momento, Margarida decidiu romper o relacionamento e se abrigou na casa de sua mãe. Pouco tempo depois conheceu o segundo e atual marido, com quem teve seu segundo filho, R. (6 anos). Desta vez, sua escolha ocorreu por motivos diferentes: verbalizou que se atraiu por sua forma cuidadosa e preocupada de ser e possuem uma relação de companheirismo, onde há diálogos constantes, compreensão, respeito e cuidado de ambos.

Em seguida à construção da casa própria, iniciaram a escolha dos móveis e compraram um sofá impermeável, porém, após uma queda de água no sofá, a impermeabilização não teve o efeito desejado. Em maio de 2019, a loja enviou um técnico para reaplicar o impermeabilizador e este não realizou as orientações de medidas de segurança necessárias, apenas informou que o produto teria um cheiro desagradável. Margarida, que fazia um bolo, solicitou que as crianças descessem para a casa da avó durante a aplicação do produto e, ao acender fogo para preparar a calda, houve uma explosão e o fogo a atingiu. Não houve outros feridos, mas a casa ficou destruída, sem forro, com fiações expostas.

O marido estava no quintal no momento e retornou para socorrê-la, contando com a ajuda do filho mais velho, que tentou acalmá-la. Foi levada ao hospital mais próximo pelos vizinhos e transferida, no dia seguinte, para este hospital de referência no tratamento de queimaduras graves.

Apresentou, durante a internação, sintomas psicológicos recorrentes e crescentes relacionados ao trauma, que começaram com pesadelos, em todas as noites, associados ao evento traumático. Após algumas semanas, a frequência dos pesadelos evoluiu para várias vezes ao dia, resultando em alterações na qualidade do sono (acordava com frequência e solicitava ajuda, pedindo que acendessem a luz, abrissem a porta) e do humor (ficou irritada, evitando contato social). As lembranças intrusivas (descritas como uma bola de fogo que se aproximava quando piscava os

olhos) aconteciam inicialmente durante os atendimentos psicológicos e depois se repetiam durante outros momentos do dia.

Após quase 30 dias de internação, ocorreram, em duas semanas seguidas, dois episódios de crises de angústia (por efeito de flashbacks) e Margarida solicitou, durante os atendimentos da fisioterapia, evitar locais do hospital que remetessem ao evento (escadas, teto sem forro e com fiações expostas). Possuía sentimentos de medo (mais durante a noite) e de pavor (em retornar ao local e presenciar situações semelhantes ao evento traumático, por exemplo: se aproximar da cozinha e presenciar a confecção de um bolo). Além destes, relatou sentimento de culpa e choros constantes relativos à preocupação com sequelas estéticas, associados a pensamentos negativos (não ser mais desejada pelo marido e possíveis comentários depreciativos sobre sua aparência).

Relatou um desses pesadelos: *“Estava andando em um salão, segurava aquelas bexigas de hélio e, de repente, elas começavam a pegar fogo e explodir e ao redor de mim apareciam pessoas gritando: A culpa é sua!”* (SIC). Convidada a associar, Margarida contou que desde que ocorreu a violência sexual contra a sua irmã, esta última, frequentemente, em discussões pequenas e aleatórias, se refere à Margarida como culpada pelo o que lhe aconteceu e afirma que Margarida poderia ter insistido mais em convencer a mãe sobre o perigo que estavam correndo.

Referiu ter auxiliado nos cuidados de sua irmã, quando esta nasceu: *“Era meu xodó, minha bonequinha”* (SIC). Mencionou que a sua irmã era a única que não sofria violências verbais e físicas do pai. Desta forma, considerava que o aconteceu com ela, jamais aconteceria com a irmã. Mesmo não morando mais com a família, referiu manter contato constante com os irmãos, mas a irmã não sabia o que motivou a saída de Margarida.

Após essa associação, Margarida cita que havia uma mulher nesse pesadelo que repetia ser culpa dela, mas que não poderia afirmar ser a sua irmã. Declarou ter feito o que podia com 14 anos para convencer sua mãe, mas demonstra sentimentos de ambiguidade em relação à culpa pelo que aconteceu (ora se sente, ora não se sente

culpada). Quando a irmã verbaliza isso, fica extremamente nervosa e não quer escutar o que ela diz. Desde o abuso, referiu que a irmã se transformou em uma pessoa fria e grosseira, e já ficaram anos sem se falar. Nesses momentos, foram feitas pontuações pela Psicóloga sobre as duas terem sido vítimas, serem criança/adolescente, e sobre ela ter feito o que era possível diante da situação em que se encontrava. Após isto, quando retomava esta história, verbalizava o que foi sinalizado pela psicóloga, mas foi observado que a culpa continuava a se sustentar nessa lembrança.

Depois da internação hospitalar, ao retornar para casa no mês de julho, teve o apoio constante da mãe, do marido e dos filhos, mas continuou com o pavor de ficar sozinha ou se aproximar da cozinha. Os sintomas de insônia se acentuaram, referiu cochilar por no máximo 1 hora, várias vezes ao dia, o que ocasionou intensas alterações de humor (irritabilidade e choro fácil), necessidade de isolamento e de se refugiar em lugares silenciosos. Foram realizados encaminhamentos para avaliação psiquiátrica em recursos da comunidade, mas sem sucesso. Foi através de uma consulta no Pronto-socorro que recebeu a medicação Amitriptilina, que auxiliou nos sintomas de alteração de sono e, conseqüentemente, na alteração do humor.

No decorrer do tratamento psicológico ambulatorial, após cerca de 4 meses da queimadura, apresentou outras melhoras, como: voltar a se relacionar socialmente com amigos e vizinhos, melhora na relação com os familiares, voltou a executar tarefas domésticas (inclusive cozinhar), frequentar lugares públicos para lazer, além da utilização do transporte público para vir às sessões ambulatoriais semanalmente, e verbalizou desejo de voltar a trabalhar. Constantemente era verbalizado seu desejo de melhorar, seja se aproximando, gradualmente, das situações fóbicas, seja enfrentado de forma bem humorada, as perguntas e comentários de estranhos sobre sua aparência atual: *“No começo respondia de forma ríspida quando me perguntavam o que aconteceu comigo, mas agora não. Hoje uma senhora perguntou o que aconteceu comigo no metrô, e eu contei a ela numa boa e viemos conversando no caminho. Eu percebi que é um fato da minha vida agora, e eu me sinto melhor falando sobre isso.”* (SIC)

Ainda assim, referiu novas situações que suscitam medo intenso, rememorou eventos que foram vivenciados por outros pacientes internados na enfermaria, dos quais teve conhecimento quando ainda estava internada. Referiu, também, medo intenso durante o banho: de um estranho entrar no banheiro e lhe jogar fogo (associou com uma situação no passado, em que a sua casa foi invadida por assaltantes, porém não havia ninguém em casa no momento). Sobre o seu medo, referiu que este é relacionado a sentir novamente a dor da queimadura e de não conseguir escapar do fogo.

Durante o mês de outubro, quando completou 5 meses da queimadura, as lembranças sobre as violências sofridas na infância e adolescência, o desamparo vivido, o abuso sexual concretizado na irmã, o primeiro casamento conflituoso e algumas perdas vividas, suscitaram extrema angústia e ansiedade. No sétimo atendimento ambulatorial aconteceu na primeira falta: ela confundiu as datas da consulta, e ao ser questionada sobre este equívoco, verbalizou: *“Olha, abriu uma ferida em mim”* (SIC). Na hora, a psicóloga impressionou-se com o ferimento físico e acabou não realizando uma intervenção oportuna: *“Fale da ferida que abriu”*.

## **DISCUSSÃO**

Durante sua internação no Serviço de Queimados, com 29% da SCQ de lesões de 1º, 2º e 3º grau em membros superiores e inferiores, Margarida vivenciou diversos procedimentos cirúrgicos de limpeza e de enxertias em seus ferimentos, trocas de curativos e demais cuidados dispensados, que implicavam intensa dor. Porém, foi observado que, para além desses acontecimentos, a paciente era invadida psicologicamente por reminiscências, ou seja, recordações de um período de sua vida que não pôde ser elaborado. No livro “Estudos sobre histeria”, Freud (1895/1990) tece considerações da sua pesquisa sobre o funcionamento psíquico e aponta que se o sujeito sofre de reminiscências, (representações ligadas a afetos abafados) ele pode ser libertado disto, através da verbalização. As lembranças de vivências ocorridas no

passado, mesmo que muito distantes, podem não sofrer desgaste ou perda do afeto pertencente a elas, ou seja, quando não há uma reação energética ao evento e essa reação é suprimida, o afeto permanece ligado à lembrança. A impossibilidade de elaboração de algo vivido, traumáticamente, diz sobre algumas estruturas clínicas e, neste caso, aponta para uma estrutura neurótica, que ao se deparar com um intenso conflito psíquico se esforça para manter a organização do aparelho psíquico e se defender da angústia, recorrendo à operação do recalque.

Com isso, há um imenso gasto de energia psíquica para que a resistência, a serviço do ego, faça a barreira para o que está recalado não retorne à consciência e, no caso de Margarida, este dispêndio perdurou por anos, até o momento da queimadura, quando esta sofreu uma queimadura inesperada, que a agrediu física e psiquicamente, de forma intolerável. Quando esta energia externa invadiu o aparelho psíquico, a barreira se rompeu, sem que existisse representações suficientes para que aos poucos, após o evento traumático atual, pudessem proporcionar apaziguamento.

Entretanto, a paciente se implicou a falar sobre o que a invadiu psiquicamente, associava e buscava dar sentido sobre o que lhe afligia. Na segunda entrevista psicológica, quando ainda estava na UTI, mencionou a tentativa de abuso sexual sofrida e, ao final do atendimento, se espantou: *“Nossa depois que eu falo, me causa um alívio, por quê isso acontece?”* (SIC). Esta fala evidenciou, empiricamente, um dos efeitos produzidos quando o sujeito se põe a falar sobre si, e se dirige a alguém disposto a acolher, escutar e intervir analiticamente no que foi dito, proporcionando, assim, a diminuição da intensidade de alguns dos seus afetos sufocados.

Em atendimento ambulatorial, quando se olhou pela primeira vez no espelho após a queimadura, disse, aos prantos: *“o que eu fiz para merecer isso? (repetia)”*. Questionada pela psicóloga (*“e por que você mereceria?”*), respondeu: *“eu só consigo pensar no que aconteceu com a minha irmã, eu não tive culpa, eu fiz o que eu pude... eu não sei mais o que eu poderia ter feito, eu só tinha 14 anos, eu não tinha como provar*

*o que aconteceu [...] Ele nunca tocou um dedo nela, nunca a agrediu; pelo contrário, a tratava com muito carinho. Após ter saído de casa, eu passava em frente da casa e ela estava lá brincando, enquanto ele conversa com vizinhos. Eu achei que com ela não iria acontecer, achei que ele só fez isso comigo porque não gostava de mim” (SIC). A psicóloga questionou: “não gostava de você?”, ao que ela referiu: “Uma vez eu perguntei o porquê ele fazia a gente de saco de pancada, e ele disse “porque você merece”. Este dia eu chorei muito.”. Psicóloga “merece? ”, ao que ela respondeu: “eu não sei porquê, eu não sei (chora)” (SIC).*

A partir dessas falas, observa-se que Margarida se culpabilizou pelo abuso ocorrido com sua irmã. Quando a psicóloga questionou o que foi dito, houve a possibilidade de Margarida se reposicionar diante desta narrativa e construir novos sentidos, como por exemplo, de que também foi uma vítima da situação.

Ao falar, se forma uma cadeia de associações, uma série associativa que cria um fio, um encadeamento. Os autores Laplanche & Pontalis (2001) discorrem sobre a capacidade das associações, de ligar as representações isoladas, contidas nesses complexos ideativos que podem voltar conscientemente ao pensamento, e é só através da sua combinação bem determinada que estas podem ser banidas da consciência.

Margarida, durante a internação, tentava, através dos sintomas mencionados (lembranças intrusivas, flashbacks e etc.), se reorganizar psiquicamente dos traumas da queimadura e da adolescência, buscando insistentemente novas ligações para serem representadas no consciente. Ainda que o auxílio medicamentoso da psiquiatria também se fizesse necessário para atenuar o intenso desprazer vivido, o mesmo não foi empregado, o que evidenciou a importância da interconsulta, a qual não foi possível, apesar das diversas tentativas da psicóloga de entrar em contato com os profissionais da psiquiatria. Também estes não buscaram discussão com a profissional que acompanhava o caso, esta troca poderia ter contribuído para a avaliação e melhor condução do caso.

O pouco vínculo com a equipe e a inexperiência de compreender a necessidade

da interconsulta, no começo do aprimoramento, também contribuiu para isto; desta forma, o ideal é que tivessem ocorrido mais discussões sobre o caso com a equipe da UTI, tanto nas reuniões, como também na rotina diária da clínica.

Os sintomas apresentados, para o saber médico, diagnosticados como Reação Aguda ao Stress e TEPT, são colocados como fenômenos puramente somáticos e se exclui o papel da subjetivação. Estes diagnósticos se diferenciam pelo tempo de reação ao evento traumático (o primeiro como uma conduta esperada diante de um choque, mas quando este choque persiste no tempo, se intensifica e ocasiona dificuldade para uma nova reorganização de vida, passa a ser definido como TEPT). Para Uchitel (2011), toda realidade material cobra realidade psíquica e são as significações desta que interessam à psicanálise.

A significação atribuída pelo sujeito ao que viveu é que dá o status ou não de trauma a um evento, mas é necessário considerar também o lugar deste trauma na esfera social. Assim, é de se esperar que o abuso sexual por parte de figuras parentais, por si só, possua um caráter traumático, mesmo que a compreensão deste aconteça só a posteriori. Quando há a violação de uma lei que tira o violentado de um lugar de direito (filha, por exemplo), colocando-o em outro (de objeto de prazer), os efeitos produzidos são potencialmente desorganizadores (Utchiel, 2011). No caso de Margarida, com 13 anos de idade já havia, em sua constituição psíquica, uma lei estruturante introjetada e isto permitiu que pudesse se reorganizar novamente.

Margarida identificou, no período de transição entre sua infância e adolescência uma importante mudança de tratamento que recebia dos pais, principalmente do pai, que era considerado o seu “*super-herói*” e “*super-pai*”. Esta idealização das figuras parentais é vista como parte necessária da constituição do sujeito e de suas instâncias ideais, mas está sempre marcada pelo narcisismo, onde o objeto amado é tratado como o próprio Ego (Laplanche & Pontalis, 2001). Mas, neste caso, essa idealização aconteceu com uma figura parental que se ausentava por meses a trabalho e, ao retornar-se, utilizava de gestos sedutores para se aproximar dos filhos (brinquedos

novos, brincadeiras e passeios constantes) com o intuito de preparar um campo para os atos criminosos, que exerceu posteriormente.

Quando alcança a puberdade, Margarida observou uma mudança que considerou abrupta do comportamento de seu pai: este começou a obrigá-la a fazer as atribuições domésticas agressivamente e privá-la de uma vida pública (fora do núcleo familiar), proibindo-a de se relacionar socialmente, cortou seus cabelos, retirando-a da escola, trancou-a em casa, até evoluir para as tentativas de abuso sexual contra a filha. Margarida foi reduzida, por esta figura parental que idealizava, a um lugar de objeto, que tentou condicioná-la à sua própria satisfação. O pai abusador, segundo Fuks (1998), por meio do poder paterno busca transformar a intimidade de sua família. Este renega a lei cultural com o propósito de realizar impunemente o seu ideal sexual onipotente.

Como dito por Cyrulnik (2005), o caráter traumático dessa vivência atinge um nível altamente intolerável para o aparelho psíquico, em que o pai agressor, representante de um lugar de afeto e confiança, se transforma em uma figura intensamente ameaçadora. Esta transformação, interpretada como abrupta, implicou no luto daquele que era visto como o “*Super-herói*” para então ser visto como o “*Monstro*” (termo que passou a usar para se referir ao pai). Outros efeitos presentes estão nas suas escolhas de relacionamentos, principalmente os amorosos. Margarida, em seu primeiro casamento, apresentou um parceiro de forma idealizada que a conquistou pela beleza e por presenteá-la com flores e doces. Mas, repentinamente, este se transformou em alguém controlador e agressivo e ela, novamente, teve que fugir da casa onde morava.

Margarida acreditava que as violências sofridas aconteceram porque seu pai não gostava dela e não porque este, definitivamente, não era o seu “*Super-Herói*” e agrediria novamente, só que desta vez, sua irmã. Isto expõe o nível de tolerância do que seria mais suportável para o seu psiquismo: acreditar que aquela figura idealizada apenas não a amava (porque ela não merecia), ao invés de se defrontar com a monstruosidade no real.

Em um dos seus relatos, disse: *“Na primeira que meu pai tentou comigo, ele disse para mim que o meu avô também fazia isso com a minha mãe, e era normal [...] eu não sei se era verdade, mas respondi que em mim ele não iria tocar.”* (SIC). Esta fala reforça a importância de considerar a incidência de abusos geracionais e as influências disto nos rumos da história desta família. Fuks (1998) discorre sobre o papel da convivência da mãe: este pode estar atrelado a diversas possibilidades, destacando a alta incidência de abusos geracionais em uma mesma família e as implicações disto, como: rivalidade com os filhos, proteção do agressor, rejeição das próprias percepções para manter a unidade familiar ou também, por medo da violência do próprio agressor.

Sobre a mãe, esta ofertou os cuidados necessários para sobrevivência e a constituição de um sujeito integrado e desejante como Margarida, porém, quando precisou se reaver com as suas escolhas de parceiro e pai de seus filhos, podem estas ter se tornado igualmente intoleráveis ao seu psiquismo (supondo que falamos de uma mãe com uma constituição neurótica) e escolheu o que era mais suportável para si: pensar que a filha mentiu. Quando o crime foi concretizado com sua outra filha (que pediu ajuda na escola), a realidade é imposta. Após o marido ter sido preso, ela e a filha retomaram a relação, e a mãe esteve presente em outras situações difíceis de Margarida, como na queimadura.

Ao fugir de casa ocorreram diversas perdas que possuem valor afetivo: não só da casa onde morava e o distanciamento da família, mas a perda da confiança das figuras parentais, a perda de um lugar de proteção aos 15 anos, para um lugar de autonomia (o que implicou a busca do próprio sustento), entre outras perdas decorrentes, o que exige, inevitavelmente, um trabalho de luto. Nasio (1997) afirma que o luto é feito por aquilo que foi objeto de investimento e corresponde à própria falta do sujeito e também daquilo que foi suporte pulsional ao seu Eu Ideal. Para Freud (1917/2011), a elaboração do luto exige um grande dispêndio de tempo e de energia para o desligamento da libido deste objeto, e isto não ocorre de forma imediata, mas sim, através de um processo lento e minucioso.

Mesmo com esta imposição para desinvestir libidinalmente do lugar que ocupou de filha e adolescente, Margarida conseguiu manter, diante destas adversidades, a ligação com o seu ambiente familiar através do vínculo de amizade e companheirismo que conservava com os irmãos. Com o passar do tempo, pôde redirecionar esta energia desinvestida para novos objetos, como seu trabalho, casamentos e filhos.

No fim deste estudo, quando Margarida completou 5 meses da queimadura e de acompanhamento psicológico, cometeu um ato falho (ato que para a psicanálise é bem-sucedido, pois o desejo do inconsciente realiza-se nele): faltou a uma sessão agendada e se referiu a isto como um equívoco de datas. Quando a psicóloga insistiu para que Margarida associasse a respeito, foi respondido sobre uma ferida que se abriu e foi indicado a ela um grande ferimento em seu braço. Este instante foi compreendido pela psicóloga, somente pela via do concreto/físico, e a partir das supervisões clínicas que se resgatou a dimensão do psiquismo na situação.

Segundo Freud (1914/1990), a intervenção, neste momento, poderia suscitar experiências ainda não integradas e, com o auxílio da transferência estabelecida, propiciar novos encontros entre o passado/presente para a condição de novas representações simbólicas. A ferida evidenciou, novamente, as relações entre o psíquico e o somático. Ao falar de feridas psíquicas, estas convergiram para o corpo, apontando que o corpo não segue, unicamente, a lógica do corpo anatômico, mas também a lógica de um corpo representado, erógeno e simbólico.

## **CONCLUSÃO**

Concluiu-se que, na história desta paciente, uma experiência traumática anterior (abuso sexual sofrido no início da adolescência) acentuou os sintomas psicopatológicos vivenciados na sua hospitalização, advinda de uma combustão de produto químico que lhe causou queimaduras, situação que também foi traumática. Estes sintomas foram evidenciados em manifestações de Neurose Traumática, também denominados de

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (lembranças intrusivas, flashbacks, medo intenso, pesadelos).

Observou-se em seu discurso associações feitas entre estes dois traumas, que se apresentavam em lembranças persistentes e sonhos. O atendimento psicológico prosseguiu ambulatoriamente e o trauma vivido na adolescência, ao ser ressignificado, proporcionou a diminuição dos sintomas de TEPT mencionados.

Durante as sessões de psicoterapia, Margarida encontrou diferentes formas de se relacionar e se organizar com os sofrimentos que foram vividos. Atualmente, é capaz de falar sobre os dois traumas com menos sofrimento, retomou suas atividades práticas, voltou a interagir socialmente com familiares, amigos e buscou novas formas de se relacionar com as sequelas físicas e estéticas de suas queimaduras.

Este estudo de caso foi impulsionado por um não saber da psicóloga (teórico e prático) e do desejo desta de que a análise da paciente pudesse acontecer. Um pouco do saber (este que é pautado na integração do conhecimento e da experiência clínica) adquirido no desenvolvimento deste estudo possibilitou a ampliação da escuta analítica para os sofrimentos manifestados e também a possibilidade de pensar a condução destes casos.

A partir disto, a atuação psicológica em contexto hospitalar de pacientes que sofreram traumas físicos acompanhados de outros traumas psíquicos, se apresentou essencial. Com o reconhecimento destes aspectos, diante de uma situação semelhante, podem receber tratamento psicológico e psiquiátrico adequado, e sejam feitas interconsultas com a equipe de saúde, que auxiliem a compreensão e o cuidado de pacientes em casos como este.

## REFERÊNCIAS

American Psychology Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)*. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, pp.315-333.

Carvalho, C. M. de, Faria, G. E. de L., Michelski, D. A., Gomez, D. de S. Ferreira, M. C. (2012). Estudo clínico epidemiológico de vítimas de queimaduras elétricas nos últimos 10 anos. *Rev. Bras. Queimaduras*, 11(4), 230–233. Retrieved from <http://lildbi.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=110>

Cyrulnik, B. (2005). *O murmúrio dos fantasmas* (1ª ed.) (pp. 67-81) São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. (1989). Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra. (J. Salomão, Trad.) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.17. (pp.130-133) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1919)

Freud, S. (1990). Estudos sobre a histeria. (C. M. Oiticica, Trad.) In: Edição Standard Brasileira da Obras Completas e de Sigmund Freud, Vol. 2. (pp. 15-297) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895)

Freud, S. (1990). Recordar, repetir e elaborar: Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II. (J. O. de A. Abreu, Trad.) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12 (pp. 189-203). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914)

Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (J. Strachey, Trad.). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7 (pp. 117-231). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicado em 1905).

Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. (P. C. de Souza, Trad.) In: Obras completas. V. 14: História de uma neurose infantil (O homem dos lobos), Além do princípio do prazer e outros textos (pp. 328-376) São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1920)

Freud, S. (2011). Luto e Melancolia. (M. Carone, Trad.) (pp. 44-65). São Paulo: Editora Cosac Naify. (Obra original publicada em 1917)

Fuks, L. B. (1998). Abuso sexual de crianças na família: reflexões psicanalíticas. *Revista Percurso*, 20, 120-126. Disponível em: [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p20\\_texto13.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p20_texto13.pdf)

Gonçalves M. C. (2004). Enxerto de Pele In: Gomes, D. R., Serra, M. C., Pellon, M. A. (Org.) *Tratado de Queimaduras: guia prático*. (pp. 461-479) São José, SC: Editora Atheneu

Kennedy, AC, Bybee, D. e Greeson, MR (2014). Examinar a vitimização cumulativa, a exposição à violência na comunidade e o estigma como contribuintes para os sintomas de TEPT em mulheres jovens de alto risco. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84 (3), 284-294. Recuperado em 8 de Setembro de 2019 de: <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000001>

Knobel, M. (1992). *Orientação familiar* (1ª ed.). (pp. 105-130) Campinas: Papirus.  
Laplanche, J & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. (4ª ed.) São Paulo:

Martins Fontes.

Maia, A B, Medeiros, C P, & Fontes, F. (2012). O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. *Estilos da Clínica*, 17(1), 44-61. Recuperado em 27 de novembro de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&tlng=pt).

Marcelli, D., Braconnier, A. (1989). Manual de psicopatologia do adolescente. (pp. 210-233) Porto Alegre: Artes Médicas-Mason.

Medeiros, L G, Kristensen, C H, & Almeida, R M M. (2009). Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. *Aletheia*, (29), 177-189. Recuperado em 15 de agosto de 2019 de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942009000100015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100015&lng=pt&tlng=pt).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2012). Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília, DF: Autor

Ministério da Saúde. (2019). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Recuperado em 15 de Agosto de 2019 de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>.

Nasio, J. D. (1997). A dor do luto. (L. Magalhães, Trad.) In: O livro da dor e do amor. (pp. 158-168) Rio de Janeiro - RJ: Editora Jorge Zahar

Oliveira, S M. (2015). O traumático na psicanálise e psiquiatria: implicações ético-políticas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 19-39. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100003>

Serafim, P M, & Mello, M F. (2010). Transtornos de estresse agudo e pós-traumático. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(spe), 460-470. Recuperado em 15 de agosto de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000300006&lng=pt&tlng=pt).

Vale, E C S. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(1), 9-19. Recuperado em 23 de Julho de 2019 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000100003>

Volnovich, J. (2005). Abuso sexual de crianças pequenas: da suspeita à validação In: *Abuso sexual na infância*. Rio de Janeiro: Editora Lacerda

Uchitel, M. (2011). *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.