



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**A RELAÇÃO CRIANÇA QUEIMADA E CUIDADOR E A VIVÊNCIA DA
QUEIMADURA**

MARIANA GUEDES COELHO

Brasília, dezembro 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**A RELAÇÃO CRIANÇA QUEIMADA E CUIDADOR E A VIVÊNCIA DA
QUEIMADURA**

MARIANA GUEDES COELHO

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Queiroz

Brasília, dezembro 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1013600.

C672r Coelho, Mariana Guedes.
A relação criança queimada e cuidador e a vivência
da queimadura / Mariana Guedes Coelho. -- 2013.
xii, 141 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.
Orientação: Elizabeth Queiroz.
Inclui bibliografia.

1. Queimaduras - Crianças. 2. Cuidadores. 3. Imagem
corporal. 4. Psicologia clínica da saúde. I. Queiroz,
Elizabeth. II. Título.

CDU 159.9:61



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

DISSERTAÇÃO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz – Presidente
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Sandra Francesca Conte de Almeida – Membro
Universidade Católica de Brasília –UCB

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Membro
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Marisa Maria Brito da Justa Neves – Suplente
Universidade de Brasília

Brasília, dezembro 2013

“Ao cuidar de ti me perco em mim, ao ser cuidado por ti me perco de mim”

Mariana G. Coelho

Dedico esse estudo às minhas cuidadoras:

- à minha mãe que sob o seu olhar me permitiu ser o que sou, me possibilitando viver e amar;
- às minhas avós que foram símbolos de cuidado e dedicação e com as quais eu tive o prazer de conviver e viver;
- à minha primeira orientadora Ciomara Schneider, que sob os seus cuidados conheci a psicanálise;
- à Tereza Helena Matos que ao me acolher cuidou e se dedicou à minha formação como profissional e pessoa;
- e por fim, mas não menos importante, à minha orientadora Elizabeth Queiroz que se transformou em um exemplo profissional, pessoal e de mulher ao cuidar com tanta dedicação de cada demanda que surgiu ao longo do curso de mestrado.

AGRADECIMENTOS

À Deus que me possibilitou vivenciar esses dois anos de forma plena, com muitos aprendizados e crescimento pessoal. Agradeço pela minha vida e a das crianças que puderam participar desse estudo mostrando que gozam de momentos de felicidades após todo o sofrimento que passaram;

À minha querida orientadora Elizabeth Queiroz que como um presente de Deus, me guiou durante esses dois anos com muita responsabilidade, carinho e dedicação, sempre disponível e acolhedora;

À minha amada mãe, Maria Héli da Guedes Logrado, que como Maria me deu a vida, e de mãos dadas me ensinou a viver e a conquistar meus sonhos;

Ao meu pai, Frederico Luis Felipe Coelho que sempre esteve ao meu lado observando minhas decisões, me apoiando e me recebendo sempre com um bom abraço;

Aos meus irmãos, Luis Felipe Vale Coelho e Luisa Bandeira Coelho, que estão sempre ao meu lado, dispostos a me ajudar e aconselhar, e que me ensinam diariamente o que é uma relação verdadeira entre irmãos, sempre com muito amor e fraternidade, possibilitando momentos de descontração e crescimento;

À minha tia avó, Maria da Paz, que zela pela minha saúde em orações, e que sempre me ampara com palavras de sabedoria e que com seu amor e reconhecimento me dá forças para viver;

À toda a minha família, tios, tias, madrinhas, padrinho, primas e primos que sempre me acompanharam e estiveram comigo nos principais momentos da minha vida;

Ao Paulo Lira, meu amigo e namorado que me motivou e influenciou a minha decisão de realizar o mestrado e que compartilhou momentos de angústia, indecisão e realização, sempre de peito aberto e braços estendidos para me proteger e acolher;

À Tereza Helena Matos psicóloga/psicanalista, que muito admiro, e que se tornou uma das pessoas mais importantes da minha vida, ao me incentivar, confiar e torcer pelo meu sucesso. Sem você esse estudo não seria possível;

À Tereza Cristina Cavalcanti professora que me recebeu desde o primeiro contato de forma muito atenciosa e que participou ativamente do processo de produção dessa dissertação a partir de suas aulas, sempre me ensinando e aconselhando. E pela disponibilidade em participar da banca de defesa dessa dissertação;

Às professoras Sandra Francesca Conte de Almeida e Marisa Maria Brito da Justa Neves pela disponibilidade em participar da banca de defesa dessa dissertação;

À professora Regina Pedroza que me acolheu nos primeiros contatos com a instituição e que se mostrou disponível a me orientar, bem como, me possibilitou refletir e me apropriar de meu desejo em realizar meu estudo sem que o mesmo perdesse o seu sentido inicial;

Às *hermanas*, que me receberam literalmente como uma irmã caçula, me acompanharam, ensinaram, orientaram e me deram força para eu chegar nesse momento final. Obrigada, Andréia, Clarissa, Fernanda, Graciana, Nadielle, pela dedicação e amizade;

À querida Ciomara Schneider, que me acompanha desde a graduação, e participou da produção dessa dissertação desde o pré-projeto até a análise de dados, sempre se mostrando muito disponível;

À Rosana Aguiar, psicanalista que me acompanhou em um dos momentos mais difíceis desse curso, o início, momento da construção do projeto de pesquisa, suas sessões foram importantíssimas para produção e realização dessa dissertação;

À minha analista Antônia Verdesio que está atravessando comigo esses últimos momentos de produção, sem a qual, estaria envolta de mais angústia;

Ao grupo de estudos “A criança na clínica psicanalítica” Intersecção Psicanalítica do Brasil-IPB que me possibilitou refletir questões importantes para a análise dos dados. À Ione Silva e Juliana Tavares, coordenadoras do grupo, que disponibilizaram de tempo para discutir aspectos fundamentais para discussão da dissertação;

À minha amiga Maíra Konrad de Brito pela disponibilidade em participar da revisão ortográfica dessa dissertação, e por me acompanhar em mais uma etapa acadêmica.

Aos meus cúmplices e auxiliares de pesquisa, Gilberto Gauche e Luisa Bandeira que se aventuraram pela Unidade de Queimados e compartilharam cada momento da realização dessa pesquisa, sempre proativos e responsáveis;

À toda equipe da Unidade de Queimados do HRAN e ao Dr. Mário Frattini, chefe da unidade e Dr. José Adorno, responsável pelo ambulatório, que me receberam muito bem, atendendo as burocracias para realização da pesquisa;

Enfim, às crianças pacientes da Unidade de Queimados e seus cuidadores que permitiram a realização desse estudo.

RESUMO

As queimaduras são consideradas um importante problema de saúde pública acarretando danos funcionais, estéticos, emocionais e sociais. É um trauma físico, extremamente doloroso, o qual pode gerar desamparo, fragilidade e uma sensação iminente de morte. A desconfiguração do corpo, a dor da lesão e do tratamento ocasionadas pela queimadura podem ser compreendidos como uma situação adversa que ameaça o desenvolvimento infantil. O cuidador da criança queimada se apresenta como uma importante fonte de apoio emocional e concreto, podendo ser promotor de comportamentos facilitadores para adesão ao tratamento. Além disso, desempenha relevante função psíquica ao mediar a ligação entre a criança queimada e suas referências antes da queimadura, favorecendo seu desenvolvimento e preservando sua identidade. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a criança queimada e seu cuidador e as influências dessa relação na vivência da queimadura no período de hospitalização e após a alta. Participaram da pesquisa, nove crianças entre cinco e 12 anos e seus cuidadores. Como critério de inclusão foram selecionadas crianças que sofreram queimaduras de 2º grau profundo e de 3º grau que possuem forte tendência à cicatrização hipertrófica, à formação de contraturas e deformações, e para os cuidadores o critério foi ter sido o principal responsável pela criança durante a internação e posterior à alta hospitalar. Para a coleta de dados, foram utilizados instrumentos especialmente elaborados para o estudo (Questionário sociodemográfico, Ficha de dados clínicos da criança queimada e Entrevista semiestruturada) e as escalas K-SADS-PL e CAPS para avaliação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, além do uso do desenho do próprio corpo e de tema livre. Os principais resultados permitiram concluir que a relação entre criança e cuidador pode influenciar a percepção de um ou do outro sobre a vivência de queimadura, possíveis sintomas de TEPT, bem como a variação dos sintomas atuais e do passado, de forma subjetiva e singular. Outros fatores como as informações repassadas pela equipe de saúde e o acompanhamento psicológico recebido também podem influenciar a percepção da vivência de queimadura tanto para criança como para o cuidador. A sobrecarga vivida pelo cuidador demonstrou a importância dele ser integrado ao atendimento da criança queimada não apenas como mero acompanhante, mas sim como paciente que necessita que suas demandas sejam acolhidas. Há indícios de questões relacionadas ao desenvolvimento emocional das crianças que demandam avaliação mais específica para delineamento de intervenções terapêuticas.

Palavras chaves: Queimadura, criança, cuidador, imagem corporal, desenvolvimento

ABSTRACT

Burns are considered an important public health issue that can cause functional, aesthetic, emotional and social damage. It is a physical and extremely painful trauma, which can lead to helplessness, weakness and a feeling of imminent death. A refigured body with pain in result of the injury and obliged treatment caused by the burn can be understood as an adverse situation that threatens the child's development. Psychoanalytically, the skins distortion. The caregiver of a child that has been burned is an important source of emotional and concrete support being able to provide and promote facilitating behaviors so that one can comply with prescribed treatment. Furthermore, he or she plays a psychic role in mediating a link amongst the child that has been burnt with references of oneself prior to being burned and preserving the development and identity of that child. Therefore, this study aimed to analyze the relationship between the child that has been burned and the caregiver along with the influences and outcomes of this relationship while in hospitalization as well as after medical discharge. Nine children aged five to twelve and their caregivers participated in the study. Criteria for sample inclusion contemplated children that suffered severe second and third degree burns with a tendency to present hypertrophic scarring, contractures and deformities were invited to participate. Caregivers were selected based on being responsible for the burnt child prior to admission and after hospitalization discharge. For data collection the following instruments were designed specifically for this study: a questionnaire to inquire socio-demographic data; a clinical data sheet of the burned child; and a semi-structured interview. Also K - SADS - PL and CAPS post-traumatic stress disorder scales, including the analysis of drawings of participants own body and free artistic productions. The principal results allow us to conclude that the relationship between a burnt child and caregiver may influence the perception of one or the other's burn experience, possible symptoms of PTSD as well as a variation of current and past symptoms in a unique and subjective manner. Other factors such as information relayed by the health team and the accompanying psychological treatment may also influence perception of the burn experience, as much by the child as by the caregiver. The overload experienced by the caregiver has demonstrated the importance of integrating him/her in the burnt child's treatment, not only as companions but also as patients that have demands that need to be considered. There are indications of issues related to the emotional development of these children, requiring a more specific assessment in the design of therapeutic interventions.

Keywords: Burn, Child, caregiver, body image, development

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
SUMÁRIO	X
LISTA DE TABELA.....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - QUEIMADURA EM CRIANÇAS: DEFINIÇÃO, TRATAMENTO E IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO E ESTADO EMOCIONAL	4
1.1. A pele e a lesão por queimadura.....	4
1.2. Tratamento da queimadura.....	6
1.2.1. Tratamento da queimadura em crianças.....	8
1.2.2. A dor do paciente queimado.....	9
1.3. O impacto da queimadura no desenvolvimento infantil	10
1.4. Reações emocionais da criança queimada hospitalizada.....	12
1.5. A importância da participação dos cuidadores e familiares no desenvolvimento e tratamento da criança queimada.....	15
CAPÍTULO 2 - O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA QUEIMADA.....	19
2.1. A reabilitação da queimadura em crianças.....	19
2.2. A assistência ao cuidador.....	22
2.3. O Transtorno de Estresse Pós Traumático na criança queimada e em seu cuidador.....	23
CAPÍTULO 3 - MÉTODO	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
3.3. Caracterização do estudo.....	27
3.4. Local do estudo.....	28

3.5. Participantes.....	29
3.6. Instrumentos.....	29
3.6.1. Questionário sociodemográfico.....	29
3.6.2. Ficha de dados clínicos da criança queimada.....	29
3.6.3. Entrevista semiestruturada.....	30
3.6.4. Instrumentos para avaliação de Estresse Pós Traumático.....	30
3.6.5. Desenho	31
3.7. Procedimentos éticos.....	32
3.7.1. Procedimentos para coleta de dados.....	32
3.7.2. Estudo Piloto	32
3.8. Procedimentos para análise dos dados.....	35
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1. Caracterização da amostra.....	36
4.2. Dados clínicos das crianças	40
4.3. Percepções sobre a causa, internação e tratamento da queimadura.....	45
4.4. Aspectos gerais do desenvolvimento da criança e da percepção de sua imagem corporal.....	75
4.5. Presença de sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático.....	83
4.5.1. TEPT em cuidadores.....	83
4.5.2. TEPT em crianças.....	85
4.5.3. Comparação da presença de TEPT nas crianças e nos cuidadores....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	98
ANEXOS.....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização das crianças participantes.....	36
Tabela 2. Caracterização dos cuidadores.....	39
Tabela 3. Dados clínicos das crianças.....	41
Tabela 4. Percepção sobre o momento da queimadura.....	46
Tabela 5. Atribuição de causalidade.....	47
Tabela 6. Percepção das providências imediatas.....	50
Tabela 7. Percepção sobre o tratamento da queimadura.....	58
Tabela 8. Percepção da relação profissional de saúde-paciente-cuidador.....	59
Tabela 9. Percepção da criança e do cuidador sobre o apoio social recebido na internação.....	65
Tabela 10. Relação criança, cuidador e familiares pós queimadura.....	68
Tabela 11. Comparação dos resultados dos sintomas de TEPT, atuais e do passado, nas crianças e cuidadores.....	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Criança 1.....	76
Figura 2. Criança 2.....	77
Figura 3. Criança 3.....	78
Figura 4. Criança 4.....	79
Figura 5. Criança 5.....	79
Figura 6. Criança 6.....	80
Figura 7. Criança 7.....	81
Figura 8. Criança 8.....	82
Figura 9. Criança 9.....	83
Figura 10. Sintomas atuais de TEPT e no passado dos cuidadores.....	84
Figura 11. Presença de sintomas de TEPT em crianças que não apresentaram o diagnóstico de TEPT.....	85

INTRODUÇÃO

As queimaduras são consideradas um importante problema de saúde pública, tendo em vista que o quadro pode levar o paciente à morte, além da perda de membros devido às amputações e limitações funcionais, acarretando danos de ordem emocional e social (Brasil, 2009). É um trauma físico, extremamente doloroso, o qual pode gerar desamparo, fragilidade e uma sensação iminente de morte (Borges & Carvalho, 2004).

A desconfiguração do corpo, a dor da lesão e do tratamento ocasionadas pela queimadura pode ser compreendida como uma situação adversa que ameaça o desenvolvimento infantil (Cerqueira-Silva, Dessen, & Costa Junior, 2011).

O cuidador da criança queimada se apresenta como uma importante fonte de apoio emocional e concreto, podendo ser promotor de comportamentos facilitadores para a adesão ao tratamento e desempenhar também função psíquica, ao mediar a ligação entre a criança queimada e referências da criança antes da queimadura, preservando seu desenvolvimento e identidade. Diante disso, o presente estudo buscou analisar a relação entre a criança queimada e seu cuidador e as influências dessa relação na vivência da queimadura no período de hospitalização e após a alta.

O interesse pela relação entre cuidadores e criança sempre foi um campo de estudo e investimento durante a graduação da pesquisadora, definindo aulas optativas e estágios obrigatórios. A monografia, trabalho de conclusão de cinco anos apaixonados pelo tema, selou essa etapa com um estudo de caso “A influência das relações parentais no desenvolvimento psicoafetivo na adolescência – fase inicial” desenvolvida a partir de um dos atendimentos do estágio obrigatório “Clínica infantil – psicanálise”. A identificação com as teorias psicanalíticas também ganhou força durante a graduação modelando o olhar e o posicionamento frente à psicologia, aos atendimentos e à forma de compreender o ser humano.

Assim que a graduação foi concluída e a monografia apresentada surgiu a oportunidade de conhecer uma nova área de atuação da psicologia, a assistência

hospitalar, por meio da psicóloga responsável pela Unidade de Queimados de um hospital da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), nesse exato momento, começou uma relação profissional e de amizade. As coincidências começaram pela abordagem teórica e pelo interesse em aprofundar o estudo dos casos atendidos, tanto na enfermaria como no ambulatório, e assim foram iniciadas em 2010 as atividades de treinamento em serviço, onde a pesquisadora pode acompanhar crianças e seus cuidadores durante o tratamento e reabilitação da queimadura. Em 2011, após um ano de experiência e muitos estudos de caso, a motivação para transformar todo esse trabalho em contribuição acadêmica surgiu devido a escassa produção científica sobre o tema e na interação com a equipe de saúde, onde pode-se perceber alta demanda por informações relacionadas aos aspectos psicológicos que envolvem a queimadura e o seu tratamento em crianças, assim como a dificuldade em lidar com seus cuidadores.

O pré-projeto foi redigido com o foco na relação entre cuidador e criança e baseado nos conhecimentos psicanalíticos. Durante o processo de seleção para mestrado, do programa de Pós graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, após entrevista inicial, o pré-projeto foi encaminhado para área de concentração da Psicologia da Saúde, área não escolhida *a priori* pela pesquisadora, mas o desafio foi aceito.

Assim, surgiu o delineamento de uma pesquisa descritiva e exploratória com foco na criança queimada e seu cuidador. Infelizmente, o número de acidentes na infância ainda é muito frequente e o estudo pode fomentar a produção de novos conhecimentos sobre essa relação, possibilitando intervenções que favoreçam o processo de reabilitação da criança, assim como, programas de assistência ao cuidador, pois o mesmo também sofre o impacto da experiência da queimadura, sendo fundamental sua adaptação ao tratamento da criança. Tais intervenções poderão contribuir para a diminuição de custos com o tratamento e o aumento da frequência de comportamentos saudáveis e de cuidado e proteção à criança.

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo descreve as características da pele, da lesão por queimadura, o tratamento em crianças, incluindo hospitalização. A dor que envolve todo o tratamento, os aspectos referentes ao impacto da queimadura no desenvolvimento infantil, as reações emocionais do paciente queimado e a importância dos cuidadores e sua participação no tratamento das crianças também são discutidos. No segundo capítulo são abordadas questões relativas à

reabilitação do paciente queimado, a importância da assistência e suporte ao cuidador durante esse processo e a apresentação do Transtorno de Estresse Pós Traumático como uma reação emocional possível de atingir aqueles que vivenciam o momento e o tratamento da queimadura. O terceiro capítulo expõe os objetivos, apresenta o método, com descrição do tipo de estudo, local, os participantes, todos os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos éticos, de coleta e análise dos dados. O quarto capítulo inclui os resultados e a discussão dos mesmos. Por fim, nas Considerações Finais são apresentadas as principais conclusões deste trabalho complementadas por limitações e sugestões para futuras pesquisas. As referências estão a seguir, de acordo com as normas do Manual da *American Psychological Association* (6ª edição).

CAPÍTULO 1

QUEIMADURA EM CRIANÇAS: DEFINIÇÃO, TRATAMENTO E IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO E ESTADO EMOCIONAL

O presente capítulo descreve as características da pele, da lesão por queimadura, o tratamento em crianças, incluindo hospitalização. A dor que envolve todo o tratamento, os aspectos referentes ao impacto da queimadura no desenvolvimento infantil e as reações emocionais do paciente queimado também são discutidos.

1.1. A pele e a lesão por queimadura

A pele é o maior órgão do corpo humano e é considerado indispensável para a vida. Não tem mais que um milímetro de espessura e sua importância consiste em isolar os órgãos internos do ambiente externo. É composta por três principais camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo, sendo que suas principais funções são proteção, sensação, equilíbrio hídrico, regulação da temperatura, produção de vitamina e participação na resposta imune (Brasil, 2012; Brunner & Suddarth, 2011; Serra, Gomes, & Crisóstomo, 2004). Lesionar esse tecido pode levar a um desequilíbrio sistêmico e ao risco de morte.

A epiderme compreende a camada mais externa e é composta por células epiteliais estratificadas. A derme constitui a mais extensa porção da pele, proporciona força e estrutura e se constitui de vasos sanguíneos e linfáticos, nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas e raízes pilosas. O tecido subcutâneo ou hipoderme é a camada mais interna da pele e é composto principalmente por um tecido adiposo. A hipoderme permite a mobilidade da pele, modela o contorno do corpo e possibilita o isolamento térmico (Brasil, 2012; Brunner & Suddarth, 2011; Serra et al., 2004).

A lesão decorrente da queimadura é considerada uma ferida traumática provocada por agentes externos como fogo, choque elétrico, produtos químicos ou contato com alta temperatura. Esses agentes atuam na pele determinando destruição parcial ou total da mesma, podendo atingir camadas mais profundas como tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos (Brasil, 2012; Serra et al., 2004).

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) registraram 1.040 atendimentos de emergência por queimaduras. As maiores proporções de atendimentos foram observadas em crianças de zero a nove anos (27,4%) e adultos jovens de 20 a 29 anos (21,7%), com predomínio das queimaduras por substância quente (49,4%), seguidas das causadas por

fogo ou chama (21,7%), objeto quente (9,7%), substância química (6,9%) e choque elétrico (5,4%).

As queimaduras comprometem as funções básicas e podem ocasionar alterações de outros órgãos. Existem dois fatores que podem determinar a gravidade de comprometimento dos órgãos pela queimadura: a profundidade da lesão e a extensão da superfície corporal queimada (Brasil, 2012; Serra et al., 2004).

A profundidade da queimadura depende do agente causal, do tempo de exposição a esse agente e das condições prévias do paciente (comorbidades). O paciente pediátrico possui a pele mais fina que o adulto, tornando-se suscetível a feridas mais profundas ao comparar traumas de um mesmo agente causal e de mesmo tempo de exposição (Brasil, 2012; Serra et al., 2004).

A área lesionada é avaliada conforme sua profundidade e classificada como 1º, 2º e 3º grau. A ferida de 1º grau atinge a camada mais externa da pele, somente a epiderme, apresenta vermelhidão, dor, edema, sem formar bolhas, e sua reepitalização se dá entre o quarto e o sexto dia (Brasil, 2012; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Candido, 2001; Serra et.al, 2004).

A queimadura de 2º grau atinge tanto a epiderme como a derme e pode se apresentar de forma superficial ou profunda. A queimadura de 2º grau superficial apresenta bolhas de base rosadas, úmidas e dolorosas. A restauração ocorre entre o sétimo e o décimo quarto dia e deixa poucas sequelas estético-funcionais. A queimadura de 2º grau profunda envolve a destruição de quase toda a derme e a presença de infecção pode aprofundar a ferida, evoluindo para uma de 3º grau. As principais características são a presença de bolhas de base branca, seca e indolor. A restauração pode ocorrer próximo ao vigésimo primeiro dia, porém possui forte tendência à cicatrização hipertrófica e formação de contraturas (Brasil, 2012; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Serra et al., 2004).

A queimadura de 3º grau acomete a totalidade das camadas da pele e outros tecidos, com necrose total dos tecidos atingidos. É indolor, pois os terminais nervosos também são destruídos, possui placas esbranquiçadas e é considerada a mais grave de todas as lesões porque não reepiteliza e necessita de procedimentos cirúrgicos de enxertia de pele. A cicatrização provoca deformações (Brasil, 2012; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Serra et al., 2004).

A extensão da queimadura é definida pela superfície corporal queimada (SCQ), avaliada de acordo com dois principais métodos: a Regra dos Nove, a qual consiste na

divisão do corpo em múltiplos de nove, como por exemplo, o tórax anterior vale 18% e o posterior 18%, cada membro inferior vale 18%. Existe a regra dos nove modificada para crianças e lactantes, pois elas apresentam superfícies corporais parciais diferentes. Outra forma de avaliação é a comparação da SCQ com a região palmar (incluindo os dedos) do paciente. Essa medida corresponde a aproximadamente 1% da superfície corporal (Brasil, 2012; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Candido, 2001; Serra et al., 2004).

A gravidade da lesão também é influenciada por fatores como idade, lesão por inalação, localização da lesão em áreas de cuidado, como a face, períneo e extremidades, além do histórico médico pregresso, que possibilitam estimar a probabilidade de chances de recuperação e determinar a linha de assistência ao paciente (Brasil, 2012; Brunner & Suddarth, 2011; Serra et al., 2004).

1.2. Tratamento da Queimadura

A assistência aos pacientes vítimas de queimaduras no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº 1273 de 21 de novembro de 2000 (Brasil, 2000a) e Portaria GM/MS nº 1274 de 22 de novembro de 2000 (Brasil, 2000b). Tais documentos buscam definir os procedimentos das unidades de queimados e estabelecer mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Em 2011, foi elaborado o Protocolo de Tratamento das Queimaduras pela Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, o qual, fornece subsídios para qualificação e normatização do atendimento, sobretudo para os atendimentos na rede pública, com proposta de que seja integrado ao SUS. Cabe destacar que o custo diário do tratamento de um paciente grande queimado, aquele que tem pelo menos 20% da área corporal queimada, é de R\$1.200 a R\$1.500 (Brasil, 2009).

O paciente queimado pode ser assistido por duas vias: hospitalização ou atendimento ambulatorial. Os pacientes encaminhados para o ambulatório normalmente apresentam queimaduras de 1º ou 2º grau com uma extensão menor que 10% e sem comorbidades que possam influenciar o agravamento do quadro, assim como condições básicas de higiene e assistência para sua recuperação em casa, indo ao ambulatório para avaliação do tratamento da ferida e da dor, troca de curativo, cuidados com a cicatriz, fisioterapia, e quando necessário, acompanhamento psicológico. O atendimento ambulatorial também é responsável pela educação do paciente e familiares sobre os

cuidados necessários com a queimadura ou cicatriz e a prevenção de possíveis agravos (Brunner & Suddarth, 2011; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Patterson & Ford, 2000; Prestes, 2004).

Os pacientes encaminhados para Unidades de Tratamento de Queimaduras apresentam queimaduras de 2º grau em áreas maiores que 20% da SCQ em adultos ou queimaduras de 3º grau em qualquer extensão. Outros fatores também determinam a internação do paciente: local da queimadura (lesões em face, olho, períneo, mão, pé e grande articulação), queimadura elétrica, queimadura química, lesão inalatória ou circunferencial de tórax ou de membros, doenças associadas, auto-extermínio, politrauma, maus tratos ou situações sociais adversas (Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011).

O atendimento ao paciente queimado é orientado por uma equipe de saúde multiprofissional. Desse modo, tanto o diagnóstico como o prognóstico são delineados por vários campos de atuação da saúde, desde as especialidades médicas que o tratamento da queimadura exige como clínico geral, dermatologista, cirurgião plástico, até os profissionais da área de serviço social, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição e fisioterapia. O atendimento integrado corresponde aos princípios do SUS, o qual instituiu uma política pública de saúde que visa a integralidade, a universalidade, a busca da equidade e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, buscando a descentralização da atenção e da gestão (Brasil, 2010; Novaes, 2004).

O cuidado ao paciente hospitalizado é categorizado em três fases: fase de emergência/reanimação, fase aguda/intermediária e fase de reabilitação. O atendimento inicial, fase de emergência/reanimação, normalmente envolve primeiros socorros, resfriamento imediato da lesão, prevenção de choque e prevenção da angústia respiratória. Na fase aguda/intermediária, a atenção se volta para a reposição volêmica intramuscular (administração de fluidos e produtos sanguíneos), avaliação da ferida, suporte nutricional, prevenção de possíveis infecções, desbridamento - raspagem dos tecidos mortos, enxertia – retirada de tecido saudável de outra região do próprio corpo e a cobertura da ferida. Nos casos em que os tecidos não podem ser recuperados devido à necrose, a amputação pode ser recomendada. Os procedimentos de limpeza e enxertia dessas feridas são frequentemente dolorosos e às vezes, até mesmo pior do que o momento da lesão da queimadura (Brunner & Suddarth, 2011; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Patterson & Ford, 2000; Serra et

al., 2004). Tradicionalmente, a reabilitação é entendida como as ações desenvolvidas após a alta hospitalar. Neste trabalho, adota-se o conceito de reabilitação como um processo iniciado no momento do diagnóstico, e em função das implicações para o desenvolvimento infantil, será mais detalhadamente discutido no Capítulo 3.

1.2.1. Tratamento da queimadura em crianças

Os primeiros atendimentos à criança queimada são de suma importância, pois podem ter enorme repercussão no prognóstico infantil, principalmente no que diz respeito à sobrevivência, complicações e sequelas físicas e psicológicas. Os cuidados iniciais devem ser feitos no local do acidente, pelos responsáveis ou serviços médicos de urgência. É importante que a lesão seja resfriada de imediato com auxílio de água por no máximo cinco minutos e com a temperatura entre 8° e 15°C. Ultrapassar o tempo recomendado em um grande queimado pode levar a um resfriamento excessivo do paciente com agravamento do quadro, principalmente em crianças. Diferente das causas adultas, as crianças sofrem frequentemente nos primeiros anos de vida com acidentes como escaldadura, mudando no decorrer dos anos para acidentes envolvendo chamas, predominante nos casos de adolescentes (Brasil, 2009; Gimenez-Paschoal, Nascimento, Pereira, & Carvalho, 2007; Oliveira, Ferreira, & Carmona 2009; Serra, Lemos, & Costa, 2008; Silva, Oliveira, Costa, & Serra, 2004; Viana, Resende, Tolêdo, & Silva, 2009).

O paciente pediátrico é sempre considerado mais grave quando comparado a um adulto com o mesmo tipo de lesão, uma vez que a criança apresenta uma maior superfície corporal em relação ao peso, destacando-se a cabeça grande e os membros pequenos. Em relação ao adulto, a cabeça de uma criança representa 19% de sua superfície corporal total, contra 7 % do adulto. Assim, a criança queimada perde mais líquido e calor para o meio externo, com riscos adicionais de desidratação e com consequente hipotermia, diminuição da resposta cardiovascular ou trauma térmico, sendo muitas vezes encaminhada para a Unidade de Tratamento de Queimados. O atendimento e internação da criança na unidade especializada também são determinados pela idade e SCQ, quando corresponde à 10% da SCQ em crianças menores de 10 anos e 20% da SCQ em maiores de 10 anos, e pelo local da queimadura (lesões em face, olho, períneo, mão, pé e grande articulação). Queimadura elétrica, queimadura química e lesão inalatória também são aspectos que definem a assistência à criança queimada (Brasil, 2012; Serra et al., 2008; Silva et al., 2004).

De acordo com a literatura, a criança hospitalizada, assim como o adulto passam pelas diferentes fases do tratamento: fase de emergência/reanimação, fase aguda/intermediária e fase de reabilitação, porém com algumas peculiaridades. A criança, nas fases de reanimação e aguda, segue uma regra diferente no que se refere à reposição volêmica, pois a imaturidade renal faz com que ela não suporte a administração excessiva de água e sódio, podendo acarretar repercussões sistêmicas. Outra preocupação é com as necessidades energéticas basais, devido ao crescimento corporal e às perdas protéico-calóricas pela lesão, tornando mais frequente a desnutrição. O sistema linfático infantil está em desenvolvimento, atingindo sua maturidade apenas aos nove anos de idade, o que pode levar à manifestação de complicações infecciosas, principalmente se a criança tiver histórico de infecção mal tratada, possibilitando uma disseminação sistêmica. Além disso, o diâmetro da via aérea da criança é muito menor, exigindo um atendimento diferencial, já que um pequeno edema na área pode reduzir em muito esse diâmetro, dificultando manobras como intubação traqueal (Brasil, 2012; Silva et al., 2004). Serra et al. (2008) enfatizam que crianças queimadas apresentam diferentes características do adulto, e por isso, devem ser cuidadas por profissionais treinados e com conhecimentos específicos sobre a infância.

1.2.2. A dor do paciente queimado

A dor está presente no momento da lesão e durante todo o tratamento. Depende da profundidade e extensão da ferida, estágio de cicatrização, idade do paciente, cognição, experiências vividas anteriores, fatores interpessoais e culturais (Behrman, Kliegman, & Jenson, 2002; Lotufo, Novaes, & Lima, 2008).

A dor da queimadura está normalmente relacionada com as atividades específicas do tratamento, tais como, desbridamento, banho e limpeza da lesão, mudança de curativos e fisioterapia. Os profissionais da saúde e pacientes concordam que a hora do banho e curativo são os momentos mais dolorosos para o paciente queimado. Mesmo com o uso de medicação, durante os procedimentos, a dor ecoa pelos corredores da unidade especializada em forma de gritos, choros e até mesmo de silêncio. A ansiedade decorrente da espera pelos procedimentos dolorosos pode colaborar para o aumento da sensibilidade à dor sentida pelo paciente (Lotufo et al., 2008; Rossi, Camargo, Santos, Barruffin, & Carvalho, 2000).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor corresponde a uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, depende de cada indivíduo e da forma como cada um aprende a utilizar esse termo a partir de suas experiências anteriores. Diferentes autores compreendem que a dor é mediada por processos neurais que modulam a percepção, ampliando-a ou reduzindo-a sob ações límbicas e corticais (International Association for the Study of Pain, 1994; Lotufo et al., 2008).

Straub (2005) salienta que a dor tem natureza multidimensional e subjetiva e que não existem medidas objetivas da dor, apenas medidas subjetivas, as quais podem tentar ser acompanhadas pelas medidas psicofisiológicas, como frequência cardíaca, velocidade da respiração, pressão arterial e temperatura. Katz e Melzack (1999) acrescentam que a dor é uma experiência que pode ser modificada quantitativamente e qualitativamente em função de fatores internos e externos à pessoa.

Loeser (2008) e Katz e Melzack (1999) evidenciaram dois componentes que podem influenciar a percepção da experiência dolorosa e que correspondem aos fatores internos e aspectos psicológicos: o sofrimento, o qual consiste em uma resposta afetiva e adversa gerada pela dor física, como medo, ansiedade, estresse ou por outros estados psicológicos desagradáveis; e o comportamento doloroso que corresponde à forma de expressão de experiência dolorosa, como postura, expressão facial e expressões vocais. Ambos os aspectos podem influenciar a percepção da dor física e não devem ser segregados dos fatores externos, como a experiência cultural, social e ambiental do sujeito. A compreensão da experiência dolorosa depende da história do indivíduo e de sua interação com o ambiente ao longo da vida.

Face ao exposto, pode-se concluir que o tratamento, a adesão e o comprometimento do paciente com sua recuperação dependem de sua vivência anterior e da forma como o mesmo lida com a dor da lesão independente da faixa etária. As características que envolvem a dor devem ser de conhecimento do profissional de saúde para possibilitar a melhor adaptação ao manejo com os pacientes adultos e pediátricos que sofrem de grandes dores, entendidas aqui como as físicas e as psicológicas.

1.3. O impacto da queimadura no desenvolvimento infantil

O desenvolvimento humano é considerado um fenômeno complexo que ocorre ao longo da vida, sendo determinado por fatores próprios do indivíduo e por fatores externos. O indivíduo é considerado um organismo ativo que está sempre em interação

com o ambiente, que pode, além de influenciá-lo, também ser influenciado por ele. Tal influência depende também da interação dos subsistemas cognitivo, emocional, fisiológico, perceptual e neurobiológico. O desenvolvimento humano é então concebido como uma interrelação complexa representada pela constituição genética e fatores ambientais, tais como o contexto sóciohistórico e cultural (Cerqueira-Silva et al., 2011; Dessen & Braz, 2005). Assim, a lesão, a vivência da hospitalização e o tratamento da queimadura podem acarretar diferentes consequências para o desenvolvimento.

A família e principalmente os genitores são os primeiros relacionamentos sociais de uma criança, e é por meio dessas primeiras relações que a criança tem acesso à cultura. A relação com seus cuidadores proporciona um contexto complexo e promotor do desenvolvimento primário e da sobrevivência da criança. Tanto os genitores como os familiares e a própria criança devem ser considerados participantes ativos nas relações, as quais são exercidas de forma mútua e envolvem respostas emocionais e interpretações cognitivas. Essa interação pode afetar a continuidade das relações e até mesmo o comportamento futuro de cada indivíduo, garantindo o desenvolvimento não apenas da criança, mas de todos que se relacionam com ela ao longo da vida. A qualidade da relação conjugal entre os genitores também é considerada um elemento chave para o relacionamento familiar, particularmente para a relação entre genitores e crianças, o que também acarreta consequências ao desenvolvimento infantil (Dessen & Braz, 2005; Oliveira & Collet, 1999; Rossi & Rodrigues, 2010).

O desenvolvimento humano é um processo em contínua mudança, progressivamente complexo e causado por atividades, experiências e coações desenvolvidas na interação entre a pessoa e o ambiente. Coações são as tensões criadas nos níveis estruturais e funcionais do organismo quando se depara com condições novas ou adversas, tais circunstâncias podem ser consideradas favoráveis ou desfavoráveis ao desenvolvimento humano, influenciando seu equilíbrio. A doença é vista como uma situação adversa, uma coação e ameaça ao desenvolvimento, a qual exige planejamento de oportunidades ambientais compensatórias que buscam garantir que o desenvolvimento humano seja menos prejudicado possível (Cerqueira-Silva et al., 2011; Leite, Gomes, Leite, Oliveira, & Colle, 2012).

Apesar das experiências aversivas vivenciadas pela criança hospitalizada quando expostas aos procedimentos, existem cuidados e intervenções para que o prejuízo ao desenvolvimento infantil seja evitado, a partir de estratégias que priorizem a particularidade dos comportamentos da criança no ambiente hospitalar, podendo prever

situações que diminuam agravos ao seu desenvolvimento. Desse modo, deve-se levar em conta aspectos como a idade, o gênero, a escolaridade, o tipo de doença, o tipo de cirurgia e sua condição de saúde, eventuais experiências anteriores de cirurgia, inserção familiar e sociocultural, bem como a familiaridade com o ambiente pessoal e procedimentos hospitalares e estilo de enfrentamento de problemas (Boering & Crepaldi, 2011; Dessen & Braz, 2005; Leite, Gomes, Leite, Oliveira, Rosin, & Collet, 2012; Zannon, 1991).

Nessa condição, os pais ou cuidadores também exercem um papel importante. Um estudo com crianças com câncer demonstra que a qualidade de vida dos pais durante o tratamento oncológico pediátrico apresenta uma relação direta com a qualidade de vida da criança ou adolescente durante o tratamento e após sua finalização, ou seja, existe uma relação entre a forma como os pais lidam com o tratamento e o modo como o filho enfrenta seu tratamento (Vance, Morse, Jenney, & Eiser, 2001). Segundo Soares (2001), mudanças no ambiente hospitalar e a compreensão das necessidades sociais e afetivas infantis podem favorecer a sua adaptação e promover uma resposta participativa da criança, enquanto agente de seu próprio desenvolvimento. Tais questões reforçam a relevância de se pensar de modo mais particularizado na criança queimada, onde a lesão e o longo e doloroso tratamento podem agir como uma coação desfavorável ao desenvolvimento. Ações, como a assistência voltada para a observação das peculiaridades de cada criança e a presença dos cuidadores, podem controlar as consequências aversivas ao desenvolvimento da criança vítima de queimadura.

1.4. Reações emocionais da criança queimada hospitalizada

A hospitalização é um processo difícil para qualquer pessoa, principalmente para a criança, pois ao ser hospitalizada muitas de suas referências lhe são retiradas, começando pelo afastamento de sua rotina, da família, dos amigos, dos vínculos sociais que se dispersam. Além disso, sua integridade corpórea é ameaçada pelos procedimentos envolvidos no tratamento. Tais mudanças podem levar a quadros de regressão aos estágios anteriores do desenvolvimento, sensação de abandono, culpa e agressividade (Chiattonne, 2003; Gonçalves, 2001; Morsch & Aragão, 2008).

Gonçalves (2001) afirma que na hospitalização ocorre uma perda da identidade, ou seja, o sujeito torna-se um paciente e deve agir de acordo, se alimentar da comida do

hospital, cooperar com a equipe de saúde, permitir ser manipulado nos exames e aceitar a medicação, além de ter que se adequar às regras institucionais.

As crianças quando hospitalizadas por um período maior que cinco dias podem sofrer repercussões psíquicas capazes de influenciar a evolução do tratamento e sua recuperação. Alguns fatores podem ser relevantes para tal condição, como a faixa etária, as experiências relacionadas à internação, o tipo de diagnóstico e prognóstico clínico e a maneira pela qual a família e o cuidador estabelecem os vínculos afetivos (Chiattonne, 2003).

A comunicação direta com a criança é importante para a compreensão do tratamento, podendo facilitar o processo de adesão e promoção de saúde. Ainda assim, a comunicação ocorre principalmente de forma indireta, onde as crianças ficam sabendo de seu diagnóstico pela fala dos adultos ou percepção facial, demonstrando que algo não vai bem. Tal fato ocorre principalmente no hospital, onde alguns profissionais parecem priorizar as informações trazidas pelos cuidadores, sugerindo que a criança não teria capacidade para entender sobre seu adoecimento e para se expressar corretamente (Castro, 2009; Gabarra & Crepaldi, 2011; Pinto 2010).

Assunção (2013) descreve que a relação profissional de saúde e paciente é indispensável para o bem estar do paciente e seus familiares e para a adesão ao tratamento, enfatizando a necessidade de se trabalhar tais questões ainda com futuros profissionais de saúde durante a graduação. Em seu estudo, os resultados sugerem a necessidade de ampliar, aprofundar e sistematizar o tema relacionando-o com a prática para facilitar a compreensão dos alunos.

Borges e Carvalho (2004) propuseram categorizar as possíveis reações emocionais da criança queimada no decorrer das etapas do tratamento. Assim, organizaram as respostas emocionais em três grupos distintos tendo como critério o desenvolvimento psíquico. O primeiro grupo inclui os recém nascidos e crianças até os dois anos. Nessa fase, as crianças não possuem meios cognitivos adequados para compreender o acidente e o tratamento, além de possuir dificuldade de elaborar o sofrimento ligado aos traumas. O suporte emocional voltado para os pais torna-se necessário, pois é por meio do afeto dos pais, da ligação de segurança, amparo e acolhimento que a criança pequena irá elaborar o sofrimento causado pela queimadura.

O segundo grupo corresponde às crianças de dois aos oito anos incompletos. Nessa fase, a criança já possui elementos para a elaboração do sofrimento. Reconhece o medo de morrer, participa do tratamento e normalmente reage de forma ansiosa,

chorosa, negativa e com agitação motora nos momentos anteriores aos procedimentos dolorosos, como banho e fisioterapia. A intervenção psicológica para elaboração do trauma é direcionada à criança por meio de atividades lúdicas, orientação e reforço da relação entre a criança e seus pais. A posição da família é tão essencial quanto no grupo anterior, principalmente no que diz respeito à conscientização dos genitores sobre a importância da criança de se apresentar ativa durante os procedimentos médicos. Os pais são fundamentais para acolher e passar segurança (Borges & Carvalho, 2004).

O terceiro grupo corresponde às crianças de oito a 12 anos. Nessa fase, a criança já possui recursos cognitivos mais elaborados e é mais sensível a sua aparência. Sua autoimagem precisa ser trabalhada, pois já existe consciência de si mesmo e a perda da pele incide diretamente na perda da identidade. O apoio familiar é fundamental para que a imagem anterior não seja super valorizada, a fim de que a criança consiga se aceitar com suas sequelas físicas. Fotos e imagens anteriores podem deprimir o paciente (Borges & Carvalho, 2004). É importante enfatizar que tal divisão é flexível e apenas didática visto que, conforme já exposto, cada sujeito tem suas especificidades e vivenciam a dor e a angústia da hospitalização de forma totalmente individualizada.

Algumas das reações emocionais infantis, independente da faixa etária, estão ligadas à dificuldade que a criança tem em compreender sobre a lesão, o tratamento e os procedimentos médicos, tendo em vista que podem não conseguir usar a linguagem com a mesma facilidade que os adultos para falar de seus sentimentos. A criança pode se expressar de forma lúdica, utilizando o brincar e o desenhar como recursos que tem por função expressar sua própria linguagem para falar de si mesmo (Ehlers & Clark, 2000; Gomes, Queiroz, Bezerra, & Souza, 2012; Motta & Enumo, 2010). Segundo Dolto e Nasio (1991), o desenho é a expressão das vivências emocionais ligadas à história da criança, é uma linguagem própria de seus sentimentos e do vivido. Em um estudo de Oliveira, Rosa, Bonatto e Oliveiro (2006), percebeu-se que o desenho funciona como dispositivo para que a criança adoecida possa desenhar seu corpo, falar de sua doença e do momento singular que está experienciando. Assim, por meio do desenho a criança tenta compreender o que se passa com seu corpo e ao seu redor.

Um ponto relevante a ser considerado é que as respostas emocionais associadas à queimadura e tratamento podem ser identificadas nos pacientes anos após a alta hospitalar, uma vez que as queimaduras são consideradas acontecimentos traumáticos severos de acordo com o Manual de Doenças Mentais (DSM-IV, 2002) e com a classificação de eventos estressores para etiologia do Transtorno de Estresse Pós-

Traumático (TEPT). Apesar de alguns pacientes se recuperarem dos efeitos agudos do trauma, principalmente da ansiedade e da depressão, uma proporção significativa desenvolve tardiamente sintomas de estresse pós traumático (Medeiros, Kristensen, & Almeida, 2009).

A consideração dos aspectos levantados traz a importância de elucidar que a equipe de saúde deve assumir uma função organizadora, tanto para os familiares como para a criança, fortalecendo o vínculo entre cuidador e paciente, possibilitando o conhecimento da rotina hospitalar, estabelecendo relação de segurança e acolhimento, promovendo um ambiente satisfatório que ofereça o apoio necessário para o enfrentamento da situação. Afinal, a criança reconhece o hospital como um lugar desconhecido, estranho, onde os profissionais de saúde podem representar uma ameaça, já que muitas vezes não compreendem o que está acontecendo ou a importância dos procedimentos para sua recuperação (Borges & Carvalho, 2004).

As peculiaridades do atendimento infantil tornam indispensável o conhecimento de desenvolvimento pela equipe de saúde, pois o cuidado não deve se restringir a um corpo doente, mas sim a uma criança em processo de constituição psíquica. O profissional deve considerar a saúde da criança, adequando o tratamento ao seu nível de desenvolvimento e às suas particularidades, buscando garantir com isso o menor número possível de morbidade após a alta hospitalar (Morsch & Aragão, 2008). De acordo com Serra et al. (2008), “queimaduras deixam marcas para sempre. Após meses ou anos de tratamento hospitalar e ambulatorial, as sequelas físicas e psicológicas seguem, dificultando o ajuste social das vítimas” (p. 154).

Desde a década de 1990, Herman (1995) enfatiza que a criança queimada deve ser assistida por profissionais que se disponham a tratá-la e conhecer suas especificidades, principalmente com relação ao seu desenvolvimento, chamando atenção para as necessidades emocionais da criança devido ao maior risco para ocorrência de distúrbios psicológicos posteriores.

1.5. A importância da participação dos cuidadores e familiares no desenvolvimento e tratamento da criança queimada

A visão biomédica do tratamento em saúde prioriza as necessidades do corpo biológico e pouco valoriza os aspectos psicossociais envolvidos no cuidado. Ao tratar de crianças, alguns problemas ainda hoje são recorrentes: ignorar aspectos do desenvolvimento, da importância do brincar, da autonomia frente ao tratamento, de

estabelecer vínculos e de receber e dar afeto (Leite et al., 2012; Lima, Rocha, & Scochi, 1999; Straub, 2005).

De acordo com Lima, Rocha e Scochi (1999), o impacto emocional da doença e da hospitalização na criança e nos pais era pouco considerado, sendo que as crianças hospitalizadas e em tratamento eram afastadas de suas mães e familiares. Apenas em 1951, a Organização Mundial de Saúde passa a considerar a privação materna um fator etiológico perturbador da saúde mental para as crianças. No Brasil, mudanças ocorreram por volta de 1988 quando a Constituição do Brasil incorporou como prioridade a proteção dos direitos da criança e do adolescente e o atendimento de suas necessidades básicas.

Além disso, em 13 de julho de 1990, a Lei 8.069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi aprovada. Em seu Artigo 12, o ECA dispõe que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (Brasil, 1991 p. 16).

Como já apresentado, o processo de hospitalização e adaptação da criança ao tratamento pode ser amenizado pela presença de cuidadores e familiares. O cuidador é considerado aquele que se apresenta como principal responsável pela criança hospitalizada. A sua participação é fundamental, principalmente por possibilitar o desenvolvimento de hábitos que promovam a saúde da criança, sendo indispensável para o sucesso do tratamento (Johnson & Millstein, 2003; Marques & Santos, 2012).

O cuidador é um importante mediador da criança no hospital, tornando-se muitas vezes o porta-voz das preocupações e sentimentos da criança, transmitindo à equipe as peculiaridades de seu paciente, auxiliando os profissionais e possibilitando-os rever suas condutas e promover mudanças na assistência, adequando o mundo hospitalar às necessidades da criança (Motta, 1998; Quirino, Collet, & Neves, 2010).

Estudos de Celes e Zavaroni (2008) corroboram que o cuidador possibilita à criança tornar-se sujeito de seu processo de cura ao individualizá-lo e promover um ambiente de segurança para que a criança possa se posicionar e falar de si. O cuidador, principalmente aquele que possui vínculo com a criança, oferece a ela representações de seu adoecer, os quais, em consonância com as sensações de mal estar físico despertado pela enfermidade, insere-se em sua constituição psíquica, influenciando sua forma de viver, sentir e significar sua doença.

A mulher, na maioria das vezes, é a maior responsável pelos cuidados da criança hospitalizada. Tal situação é explicada pelo construto social que ao longo dos anos foi agregando às funções femininas o dever de educar e cuidar da saúde das crianças, tornando-se assim, o agente principal na vigência da doença e no andamento da recuperação da criança hospitalizada (Chiattonne, 2003; Oliveira et al., 2010; Wegner & Pedro, 2009).

Chiattonne (2003) resalta que o cuidador também é aquele que funciona como interlocutor entre a família e a criança queimada, é quem atualiza a família em relação ao prognóstico infantil e informa à criança queimada sobre seus parentes. Vale lembrar que a família é composta pela interação de indivíduos que estão sempre em troca mútua, o que implica respostas emocionais e interpretações cognitivas que afetam a continuidade das relações e até mesmo o comportamento futuro de cada indivíduo (Dessen & Braz, 2005; Varela, Vasconcelos, Santos, Pedrosa, & Sousa, 2009).

O cuidador como um dos principais responsáveis pela família (pai ou mãe), transmite, além das especificidades do tratamento, os seus medos, inseguranças e percepções sobre a criança queimada. Tais informações podem influenciar a relação entre a criança e seus familiares, irmãos, tios e primos. Segundo Chatelard (2004), atenção deve ser dada ao cuidador também como paciente ou ao menos como um importante protagonista ao atendimento à criança.

O estudo realizado por Silva e Santos (2011) demonstrou que a relação estabelecida entre a criança e seus pais parece impactar a forma como a criança que sofreu a queimadura construirá a imagem de si mesma. O estudo mostra que a adaptação às marcas da queimadura parecem ser significativamente condicionadas pelo tipo de vínculo com os pais, no qual as crianças se sentem seguras ou inseguras.

Carvalho e Rossi (2006), em uma revisão da literatura, identificaram que embora seja reconhecida a contribuição da presença e acompanhamento da família na recuperação dos pacientes, poucos estudos discorrem sobre a intensidade e a forma de participação dos pais com os filhos queimados. Os autores sugerem que estudos relativos a essa problemática podem enriquecer os cuidados nas Unidades de Queimados. Acrescentam, ainda, que a queimadura afeta profundamente os membros das famílias, os quais precisam da oferta de serviços de apoio, uma vez que os familiares se apresentam como uma conexão crucial para a obtenção de resultados positivos no tratamento de pacientes queimados.

A disponibilidade afetiva e o reconhecimento da importância da presença do

cuidador e familiares durante a hospitalização da criança deve ser compreendida pela equipe de saúde, a qual muitas vezes opera como cuidadora tanto dos pais e familiares como da própria criança, assumindo uma função organizadora, fortalecendo o vínculo entre cuidador e paciente, possibilitando o conhecimento da rotina hospitalar, estabelecendo relação de segurança e acolhimento, promovendo um ambiente satisfatório que ofereça o apoio necessário para o enfrentamento da situação, pontos já apresentados como essenciais ao longo do tratamento (Borges & Carvalho, 2004; Côa & Pettengill, 2011; Leite et al., 2012; Oliveira, Garanhani, & Garanhani, 2011; Lima et al., 1999; Quirino et al., 2010).

Contudo, as implicações da ausência da assistência ao cuidador e o distanciamento entre equipe de saúde, pacientes e cuidadores ainda prevalece, e mais grave, o distanciamento é propagado e defendido por alguns profissionais de saúde. Tal postura pode ser compreendida de duas formas: pela incerteza de como a relação com o paciente pode interferir na terapêutica e na eficiência do profissional; ou por um mecanismo de defesa, pelo qual o profissional evita o vínculo devido à dificuldade de lidar com a perda e a dor de um paciente. Isso evidencia ainda mais o ambiente hospitalar como hostil para o paciente e cuidador, dificultando o papel do cuidador e potencializando o cansaço físico e mental (Leite et al., 2012; Milanesi, Collet, Oliveira, & Vieira, 2006; Oliveira et al., 2011; Prudente, Barbosa, & Porto, 2010).

Estudos enfatizam a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e cuidadores, já que a falta de compreensão das informações fornecidas gera incertezas e preocupações, e por conseguinte pais não preparados para transmitir as informações e atuarem de forma adequada podem confundir as crianças, ou até mesmo assustá-las. Desse modo, nota-se a necessidade de uma preparação dos cuidadores, por meio de uma linguagem acessível, personalizada e efetiva, caracterizando a necessidade da horizontalidade nas relações em saúde (Boering & Crepaldi, 2011; Leite et al., 2012).

CAPÍTULO 2

O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA QUEIMADA

Este capítulo aborda as características do processo de reabilitação da criança queimada, as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e as necessidades de assistência a eles direcionada. Os principais aspectos conceituais do Transtorno de Estresse Pós Traumático são apresentados como um possível evento da vivência da queimadura, tanto para a criança como para o seu cuidador.

2.1. A reabilitação da queimadura em crianças

A reabilitação deve ser compreendida como um processo de aprendizagem e desenvolvimento, em que se busca aprimorar habilidades já existentes no paciente, desenvolvendo e aperfeiçoando a capacidade física, mental, e social, com intervenções que visam incentivar a autonomia, a reintegração comunitária e a qualidade de vida. A reabilitação fundamenta-se principalmente em quatro conceitos básicos, a intervenção centrada no paciente; a ênfase no processo (interação, negociação, comunicação, educação e troca de informações); a atuação que integra aspectos de autocuidado, produtividade, recreação e socialização; e a responsabilização do paciente pela resolução de problemas, estabelecimento de planos e orientação na execução dos cuidados (Araujo, 2005; Pereira & Araujo, 2006; Hammell, 1995).

O paciente queimado passa por diferentes fases de reabilitação durante o seu tratamento. Como já destacado, esse processo é iniciado no momento da internação, em que se busca o reequilíbrio homeostático do corpo, hidratação e nutrição, passando para a fase da hospitalização participativa, na qual é necessário o posicionamento ativo do paciente nas intervenções da fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e psicologia. A última etapa refere-se à recuperação em longo prazo que seria após a alta hospitalar, envolvendo a continuação da reabilitação física, recuperação da sensação de competência, ajustamento às limitações funcionais, assim como as mudanças no papel familiar e no trabalho (Brunner & Suddarth, 2011; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Patterson & Ford, 2000; Serra et al., 2004).

O paciente queimado enfrenta um conjunto de desafios físicos, ambientais e emocionais durante cada fase de recuperação, assim, a intervenção psicológica deve permear todas as fases. Diferentes autores pontuam que as duas primeiras fases focalizam os cuidadores, tanto de pacientes pediátricos como de adultos, pois são

considerados fonte de recursos significativos para o enfrentamento do paciente. Na última fase, a intervenção dirige-se para o sobrevivente. Além disso, a intervenção psicológica deve possuir duas características importantes. A primeira fase com o foco no curto prazo buscando manejo imediato do comportamento do paciente para facilitar ou maximizar suas tarefas diárias. E as outras fases, a médio e longo prazo, objetivam o desenvolvimento de padrões de comportamento de adesão ao tratamento, prevenção de problemas de saúde e comportamentos de risco (Amaral, 2001; Brasil 1994; Brunner & Suddarth, 2011; Patterson & Ford, 2000; Serra et al., 2004).

No caso das crianças, as intervenções focadas na reabilitação devem respeitar o desenvolvimento infantil. O atendimento não deve ser restrito apenas ao paciente, mas a todo o contexto, desde a estrutura ambiental da hospitalização, o cuidado aos cuidadores, as necessidades emocionais e escolares. Tais fatores contribuem para um melhor enfrentamento da hospitalização e processo de reabilitação. É importante enfatizar que a criança hospitalizada possui o direito formalizado ao atendimento educacional via classe hospitalar desde 1994 pelo Ministério da Educação (Amaral, 2001; Brasil, 1994; Holanda & Collet, 2012; Oliveira et al., 2011).

As sequelas físicas e emocionais em pacientes queimados evidenciam a necessidade da reabilitação, principalmente no que diz respeito ao longo prazo, e foram objeto de estudo de algumas pesquisas. No estudo de Baker, Russell, Meyer e Blakeney (2007), foram analisadas as repercussões físicas e psicológicas da queimadura em adultos que sofreram suas lesões quando criança, buscando compreender a importância da reabilitação para essa população e a influência das sequelas físicas sobre os aspectos psicológicos. Os resultados elucidaram que sequelas funcionais, como fraqueza muscular e falta de flexibilidade nas áreas distais do corpo, impossibilita os pacientes de exercerem atividades diárias como alimentação, higiene, mobilidade e estabilidade, aumentando a dependência. Tais pacientes atingiram maior pontuação no que se refere à agressividade, ansiedade e internalização. As correlações do estudo indicam relação entre dificuldade com a função da mão e aumento de problemas comportamentais.

As sequelas da queimadura, tanto funcionais como estéticas, e o uso de malhas para a diminuição das quelóides podem produzir reações negativas no paciente queimado, tais como sentimentos de vergonha, tristeza, depressão e diminuição da autoestima (Borges & Carvalho, 2004). As reações emocionais da criança queimada podem ser influenciadas pelas relações familiares, minimizando ou não a presença das

reações negativas. Esses sintomas, acrescentados de outros, podem permeneecer por muitos meses após a queimadura, caracterizando-se como já foi citado anteriormente o Transtorno de Estresse Pós Traumático, que pode atingir não apenas a criança queimada, mas também seu cuidador que acompanhou e acompanha o processo da recuperação da queimadura.

Outros dois estudos revelaram que as cicatrizes visíveis e a maior área da superfície corporal queimada (SCQ) foram as variáveis mais associadas com problemas comportamentais em crianças, como hiperatividade e déficit de atenção. Um dos estudos avaliou crianças queimadas em dois momentos. No primeiro, nove meses após a queimadura, constatou-se que mais da metade das crianças tinham à longo prazo limitações, como problemas com coceira, dificuldades em lidar com aparência e problemas psicossociais, como a insatisfação com o atual estado emocional e dificuldade de relacionamento. Essas crianças, nesse período, apresentavam mais dificuldade de adaptação psicológica do que crianças vítimas de outros tipos de lesões. Porém, com a reavaliação 24 meses depois, verificou-se que a qualidade de vida das vítimas de queimadura foi igualada a de crianças que sofreram outras lesões pediátricas. Tal dado pode se confirmar através da adaptação das crianças às limitações e sequelas da queimadura com o passar do tempo (Van Baar et al., 2011; Willebrand et al., 2011).

É importante enfatizar que a reabilitação continuada após a alta médica e no decorrer da transição para a fase adulta é necessária para promover novas habilidades e técnicas para lidar com as limitações físicas. Da mesma forma, é importante elucidar também a necessidade do acompanhamento psicológico, pois se observou aumento nos problemas de relacionamento à medida em que a criança ficava mais velha e tinha mais contatos sociais fora da família, confirmando a relevância da reabilitação em longo prazo (Baker et al., 2007; Willebrand et al., 2011).

A natureza longitudinal de um dos estudos de Stubbs et al. (2011) ilustra que a recuperação da queimadura é de fato um processo que ocorre ao longo do tempo, o qual inclui a estabilização e fechamento da ferida, a restauração de habilidades funcionais, a gestão de cicatriz (como vestes de pressão e exercícios de terapia), até a reinserção social e vida doméstica. Vale enfatizar que não se deve compreender apenas os aspectos físicos da reabilitação, mas os emocionais também. Em outro estudo (Van Baar et al., 2011), os resultados indicaram que a melhoria na qualidade de vida em crianças ocorre aproximadamente depois de um ano após a queimadura com a diminuição dos incômodos físicos e preocupações paternas.

A importância de programas de intervenção, tanto para as crianças queimadas como para seus cuidadores e familiares, foi analisada por dois estudos. Em um deles, foram avaliados programas de acampamentos para queimados. Os resultados revelaram que os acampamentos promoviam as habilidades sociais, o aumento da auto confiança, o reconhecimento de que eles não estão sozinhos com a queimadura, a aceitação da lesão, além do compartilhamento de experiências. Os pais, ao avaliarem o programa, sugeriram mais encontros que envolvessem não apenas os principais cuidadores, mas também os familiares, entre eles irmãos, para que todos possam se sentir melhor e aprender.

2.2. A assistência ao cuidador

A queimadura é um evento invasivo para a criança e seus pais. Segundo Horrid, Cohen e Gaskell (2009) e Oliveira et al., (2011), a queimadura exige dos pais ou cuidadores novas posturas e desenvolvimento de habilidades de forma inesperada e intensa, acompanhada por dificuldades econômicas, estruturais e a necessidade de apoio para lidar com as lesões e suas consequências, principalmente após a alta hospitalar. O impacto no estilo de vida dos pais pode interferir negativamente na capacidade de exercer as novas funções e adquirir novas habilidades de cuidado com o filho. Os resultados desse estudo demonstraram que a forma como a criança se relaciona com a queimadura é afetada pelo apoio que recebeu de seus pais e familiares.

Vale ressaltar a necessidade dos profissionais de saúde modificarem suas condutas, propondo estratégias que direcionem a assistência às reais necessidades dos cuidadores durante a reabilitação de crianças, enfatizando o longo prazo da reabilitação e a sobrecarga para os cuidadores. Deve-se ainda dar atenção especial aos aspectos que compõem a qualidade de vida dos cuidadores de crianças em reabilitação (Prudente et al., 2010).

Segundo os estudos de Horrid et al. (2009), os cuidadores podem experimentar diversas reações emocionais, incluindo culpa, auto-culpa, ansiedade e raiva, podendo apresentar sentimentos de perda de confiança em si mesmos e em seus filhos, incapacidade de serem bons pais e de cuidar. Tais sentimentos ocasionam mudanças na forma de os pais se relacionarem com as crianças, apresentando comportamentos como superproteção e medidas controladoras e restritivas, a fim de minimizar a possibilidade de quaisquer danos adicionais. As consequências de tais comportamentos foram referidos como diminuição da autoconfiança e autoestima nas próprias crianças. O

estudo não encontrou nenhuma relação entre a visibilidade da cicatriz, *bullying*, tempo de permanência hospitalar, idade e sexo como fatores que influenciam significativamente na reabilitação das crianças às suas atividades sociais, demonstrando a importância do papel do cuidador frente ao processo de reabilitação infantil.

Alguns fatores familiares são mais importantes do que os fatores específicos da lesão, como a gravidade, SCQ, tempo de hospitalização e cirurgias, os quais, de acordo com Willebrand et al. (2011), não têm um efeito direto sobre a saúde psicológica da criança. Os autores assinalam que a saúde dos pais é um fator de risco para a adaptação da criança, podendo acarretar problemas psicológicos na criança após queimaduras.

A relação criança queimada e cuidador pode repercutir principalmente nas reações psicossociais da criança e do cuidador, deixando clara a necessidade de se pensar não somente na criança durante o processo de reabilitação, mas também naqueles que estão presentes no seu dia a dia, ou seja, em suas principais relações. A reabilitação em longo prazo com o foco na criança, cuidadores e familiares é uma preocupação recorrente de estudos que enfatizam os sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático como prevalentes na população que vivenciou situações de grande dor e intervenções prolongadas.

2.3. O Transtorno de Estresse Pós Traumático na criança queimada e em seu cuidador

A principal característica do Transtorno de Estresse Pós Traumático (F43.1-309.81) é o desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um extremo estressor traumático, envolvendo a experiência pessoal, testemunho ou ainda o conhecimento direto de um evento real ou ameaçador que abrange morte, sério ferimento ou ameaça à própria integridade física. O quadro sintomático deve estar presente por mais de um mês e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM IV, 2002).

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é classificado de acordo com o início e a duração dos principais sintomas. Agudo é quando a duração dos sintomas é inferior a três meses. Crônico, quando os sintomas duram três meses ou mais. Início Tardio indica que pelo menos seis meses decorreram entre o evento traumático e o início dos sintomas. A reação ao evento traumático deve envolver intenso medo, impotência ou horror. Os sintomas incluem uma revivência persistente do evento

traumático, esquiva de estímulos associados com o trauma, embotamento da responsividade geral e sintomas de excitação aumentada (DSM IV, 2002).

Essa resposta pode abarcar comportamento desorganizado ou agitado em crianças. As mais jovens em geral não têm o sentimento de estarem revivendo o passado, mas a revivência do trauma pode ocorrer através de atividades lúdicas repetidas, da presença de sonhos aflitivos com o evento e de pesadelos com ameaças a si mesmas ou a outros. Podem apresentar ainda dificuldade em se expressar e em relatar diminuição no interesse por atividades e limitação do afeto. Assim, tais sintomas devem ser atentamente avaliados mediante relatos feitos pelos pais, professores e outros observadores. Em crianças, o sentimento de um futuro abreviado pode ser evidenciado pela crença de que a vida será demasiado curta para incluir a chegada à idade adulta (DSM IV, 2002).

O TEPT é um quadro frequente na população infanto-juvenil, cujo diagnóstico apresenta limitações junto aos critérios estabelecidos pelo DSM-IV. Estudos que analisaram a utilização de instrumentos de avaliação adaptados para a criança, apesar de demonstrarem resultados que indicam boa avaliação dos sintomas, sugerem o atendimento clínico como recurso complementar para esses dados (Borges, Zoltowski, Zucatti, & Dell'Aglio, 2010). Ainda que particularidades ligadas a diagnósticos e tratamentos resultem em instrumentos específicos, não foi encontrado nenhum registro de um voltado exclusivamente para TEPT em crianças queimadas, mas já foram elaborados dois para avaliação de ansiedade nessa população (Ghezeljeh, Ardebili, Rafii & Hagani, 2013; Jong et al., 2010).

Pesquisas envolvendo diferentes campos, desde epidemiologia, nosologia, neurobiologia até terapêuticas, confirmaram a validade diagnóstica do TEPT. Poucas modificações em seus critérios operacionais foram feitas ao longo dos anos nas diferentes classificações existentes (Câmara Filho & Sougey, 2001). Como já ressaltado, estudos salientam o quanto a queimadura e todos os aspectos que permeiam o seu tratamento podem emergir como sintomas de estresse pós traumáticos tanto para crianças como para os seus cuidadores e familiares.

Ao avaliar a presença de sintomas de TEPT e qualidade de vida em crianças queimadas, Landolt, Buehlma, Maag e Schiestl (2009) encontraram que apenas 18,6% apresentavam diagnóstico completo para TEPT atual. Porém, foi revelado que 55,8% delas cumpriram o critério para reviver o evento ocorrido, além de um funcionamento social significativamente empobrecido. Os sintomas de TEPT influenciaram

diretamente na qualidade de vida das crianças, em relação ao funcionamento físico, motor, cognitivo e emocional. Outro aspecto importante desse estudo foi a notificação de que, com a presença materna durante o acidente, as crianças manifestavam menos sintomas de TEPT, melhor funcionamento físico e cognitivo e melhor qualidade de vida geral. É destacado que a presença imediata da mãe pode ter um efeito calmante e reconfortante, o qual influencia e ajuda a criança a lidar com o trauma.

Segundo o estudo de Bakker, van Loey, van der Heijden, Peter e van Son (2012), 55% das mães e 27% dos pais apresentaram estresse significativo após um mês da queimadura, sendo que em média, as mães apresentaram maiores escores de estresse total do que os pais. Tal achado pode ser revelado através de duas hipóteses: a primeira poderia ser o maior risco de as mulheres desenvolverem TEPT; e a segunda referente ao fato de que as mães são muitas vezes o cuidador principal das crianças queimadas.

Para Bakker, Van Loey, Van Son, & Van Heijden, 2010), os cuidadores podem experimentar diversas reações emocionais, incluindo culpa, auto-culpa e ansiedade. Os autores constataram que os escores médios totais de estresse nas mães diminuíram significativamente de 23,83%, no primeiro ano, para 12,50% após 11 anos do evento da queimadura. Entretanto, mães que se sentiram culpadas apresentaram escores mais elevados de estresse 11 anos depois. Sequelas físicas e cicatriz permanente parecem moderar o relacionamento entre sentimentos de culpa e os sintomas de TEPT nas mães, sendo que tal relação impacta as reações maternas no que diz respeito à proteção e cuidados com os filhos.

Ao avaliar sintomas de TEPT em crianças queimadas, a partir dos relatos de suas mães, não foram encontradas associações significativas entre as lesões e os sintomas de TEPT (Graf, Schiestl, & Landolt, 2011). Entretanto, percebeu-se a influência de variáveis relativas à família nos sintomas de TEPT. Os problemas de comportamento das crianças queimadas foram relacionados com a qualidade das relações familiares.

Hall et al. (2006) sugerem que muitos pais de crianças com queimaduras sofrem com sintomas de TEPT, indicando três principais vias para os sintomas: relação de conflito entre pais e filho, dissociação dos pais e sintomas de TEPT do filho. Os sintomas de estresse nas crianças estavam diretamente associados com os dos pais. Os autores ainda pontuam que a associação entre as respostas traumáticas dos pais e das crianças realça a necessidade de elucidar melhor a natureza desse relacionamento, a fim de desenvolver intervenções eficazes para crianças e famílias.

Nota-se que, de acordo com Stubbs et al. (2011), os pais que foram mais bem apoiados por seus amigos, familiares e as comunidades eram mais capazes de lidar com a adaptação dos seus papéis e de aprender novas habilidades, se apropriando de suas novas funções tão prontamente quanto possível, por meio de fornecimento de educação e treinamento em habilidades baseadas em atividades de resolução de problemas, de modo que os pais tenham uma quantidade adequada de recursos para serem capazes de dar sentido à suas experiências psicológicas. Os autores também destacaram que consultas regulares após a alta hospitalar seria uma oportunidade importante de rever e avaliar o bem estar psicológico de pais e crianças, a fim de detectar dificuldades na fase inicial e proporcionar adequada intervenção. Segundo Phillips, Fussell e Rumsey (2007), esse apoio e acompanhamento psicológico deve ser de alguma forma contínuo, pois a vulnerabilidade do cuidador, medida ao longo de um período prolongado, pode ser significativamente reduzida.

Diante do exposto, fica claro que a queimadura é um evento que demanda muitos cuidados a fim de evitar adversidades ao desenvolvimento da criança, assim como na qualidade de vida do cuidador e dos familiares, requerendo um programa de reabilitação multidisciplinar que envolva todos os aspectos exigidos para minimizar o impacto desse evento traumático. É importante lembrar que o tratamento da queimadura é em longo prazo e que se uma criança foi queimada, com um ano ou 10 anos, ela será até a sua fase adulta paciente de uma Unidade de Queimados. No Brasil, existe carência de estudos sobre os aspectos psicológicos de pacientes vítimas de queimaduras, principalmente no que diz respeito à reabilitação e à qualidade de vida (Medeiros et al., 2009).

CAPÍTULO 3

MÉTODO

O presente capítulo apresenta os objetivos que orientaram a pesquisa, formulados a partir da revisão de literatura exposta nos capítulos anteriores e pelos questionamentos da pesquisadora em seu contato direto nos atendimentos de crianças vítimas de queimadura. Busca detalhar também os procedimentos metodológicos adotados para a condução da pesquisa através da caracterização do estudo, o local em que a pesquisa foi realizada, os critérios de seleção dos participantes, os instrumentos utilizados, os procedimentos éticos, a coleta e análise de dados.

3.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre a criança queimada e seu cuidador e as influências dessa relação na vivência da queimadura no período de hospitalização e após a alta.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as percepções da criança e do cuidador sobre a causa de sua queimadura, socorro imediato recebido, internação e tratamento pós-alta hospitalar;
- Identificar aspectos gerais do desenvolvimento da criança e na percepção de sua imagem corporal, através de uma medida não verbal;
- Identificar a ocorrência de sintomas de estresse pós traumático, atuais e do passado, nas crianças e seus cuidadores no período mínimo de um ano após a alta hospitalar;
- Relacionar a percepção da criança e do cuidador sobre o tratamento com os resultados da avaliação de estresse pós traumático da criança;
- Comparar os sintomas de estresse pós traumático, atuais e do passado, nas crianças e seus cuidadores.

3.3. Caracterização do estudo

A pesquisa desenvolvida apresenta um delineamento descritivo e se caracteriza como um estudo exploratório. Possui a finalidade de ampliar as informações sobre o tema escolhido dado o escasso número de estudos com essa clientela. A característica fundamental do estudo consiste em reunir mais conhecimentos, aprofundar conceitos ainda não explorados e incorporar características inéditas deslumbrando novas possibilidades de conhecimento no campo (Straub, 2005; Raupp & Beuren, 2003).

3.4. Local do estudo

A coleta de dados foi realizada no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF, onde são atendidas crianças e adultos com sequelas de queimadura.

A Unidade de Queimados é composta por uma enfermaria, um ambulatório e um centro cirúrgico. A enfermaria e o centro cirúrgico estão localizados em uma área em formato de círculo. A enfermaria foi planejada para 23 leitos, distribuídos em sete apartamentos individuais e quatro instalações coletivas com capacidade para quatro pacientes e seus respectivos acompanhantes. Em situações de lotação da unidade, os apartamentos individuais podem ser adaptados para dois pacientes. Existem dois postos de enfermagem, um vestiário destinado à enfermagem, uma sala para equipe médica, uma sala da enfermagem, uma brinquedoteca/sala de televisão e uma sala destinada aos profissionais de psicologia, pedagogia e terapia ocupacional. O centro cirúrgico compõe a unidade e é exclusivo para os pacientes queimados. É composto por três salas, uma destinada aos banhos e curativos, outra para as cirurgias e a última para recuperação pós procedimento antes do retorno ao leito.

O ambulatório da Unidade de Queimados é especializado em atendimentos de pequenas queimaduras, realizando curativos, banhos e reavaliação da lesão e da seqüela, contando com uma equipe que orienta e acompanha cirurgias funcionais e reparadoras. O ambulatório inclui cinco salas separadas por um corredor. Do lado esquerdo, situam-se três salas, onde são realizados os atendimentos médico, psicológico e da artífice de alfaiataria e costuraria, para a confecção de malhas de compressão; do lado direito são duas salas maiores onde se realizam a troca de curativo, banho e avaliação da lesão ou seqüela.

A equipe da unidade conta ao todo com 26 médicos, oito enfermeiros, 28 auxiliares de enfermagem, quatro técnicos de enfermagem, três residentes de enfermagem, três fisioterapeutas, uma nutricionista, três residentes de nutrição, uma psicóloga, duas terapeutas ocupacionais, uma professora, uma técnica administrativa, uma artífice de alfaiataria e costuraria. A assistente social não é lotada na Unidade de Queimados atendendo demanda tanto dos queimados como de outras unidades. A coleta de dados foi realizada na sala destinada à psicologia.

3.5. Participantes

Participaram do estudo crianças entre cinco e 12 anos de idade e seus cuidadores. Como critério de inclusão, a idade estabelecida considerou a inserção escolar e possibilidade de expressão verbal. No que diz respeito às lesões por queimaduras, foram selecionadas crianças que sofreram queimaduras de 2º grau profundo e de 3º grau que possuem forte tendência à cicatrização hipertrófica, à formação de contraturas e deformações, respectivamente (Serra et al., 2004). As crianças ainda estavam em processo de acompanhamento ambulatorial e reinserção escolar. O critério de inclusão para os cuidadores foi ter sido o principal responsável pela criança durante o tratamento anterior e posterior à alta hospitalar.

Concordaram em participar da pesquisa 15 crianças e seus cuidadores, porém, durante a análise preliminar dos dados houve a identificação de condições muito específicas que poderiam enviesar a amostra e conseqüentemente dados de seis crianças não puderam ser utilizados juntamente com as outras nove. Essas crianças e cuidadores foram excluídos da presente pesquisa e serão alvo de estudos futuros. Os dados aqui discutidos são relativos a nove crianças.

3.6. Instrumentos

A pesquisa incluiu três instrumentos especialmente elaborados para o estudo (Questionário sociodemográfico, Ficha de dados clínicos da criança queimada e Entrevista semiestruturada) e as escalas K-SADS-PL e CAPS para avaliação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, além do uso do desenho do próprio corpo e de um tema livre, a fim de identificar aspectos gerais do desenvolvimento da criança e na percepção de sua imagem corporal.

3.6.1. Questionário sociodemográfico

O questionário objetivou caracterizar os cuidadores e crianças que utilizaram os serviços da Unidade de Queimados e foi aplicado apenas aos cuidadores. Incluiu questões relacionadas a dados pessoais da criança e do cuidador, bem como dos pais e caracterização da condição socioeconômica (Anexo A).

3.6.2. Ficha de dados clínicos da criança queimada

Dados clínicos sobre a condição da criança no momento da internação e após a alta hospitalar foram consultados no prontuário, no intuito de obter informações sobre a

classificação da lesão, procedimentos cirúrgicos e tempo de internação, aspectos que poderiam influenciar a vivência da queimadura para a criança e cuidador (Anexo B).

3.6.3. Entrevista semiestruturada

O roteiro para o cuidador (Anexo C) era composto por cinco categorias principais, que se subdividiam em diferentes itens: a) causa b) hospitalização, c) reabilitação d) relação criança e cuidador antes da queimadura, e) sequela. O roteiro para a criança (Anexo D) foi formado por quatro categorias principais que também se subdividiam em diferentes itens: a) causa, b) hospitalização, c) reabilitação, d) sequela. As entrevistas tinham o objetivo de identificar a percepção das crianças queimadas quanto à experiência vivida, e também a percepção dos cuidadores sobre as suas próprias experiências vividas durante o tratamento da criança queimada.

3.6.4. Instrumentos para avaliação de Estresse Pós Traumático

O instrumento utilizado para avaliar o TEPT na criança queimada foi o K-SADS-PL (Anexo E) que abrange uma entrevista diagnóstica semiestruturada para avaliar episódios de psicopatologia, no momento atual e no passado em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-III e DSM-IV (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan, 1996). A escolha desse instrumento foi definida por sua flexibilidade, uma vez que as perguntas incluídas não têm que ser formuladas tal como redigidas, abrindo possibilidades para o entrevistador adaptar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança. A entrevista também foi realizada com pais ou cuidadores a fim de complementar o diagnóstico ao cruzar as fontes de informações. De acordo com Brasil (2003), o estudo sobre as propriedades psicométricas do K-SADS-PL/TEPT no Brasil indicaram níveis satisfatórios de validade e fidedignidade.

O K-SADS-PL compreende o diagnóstico de TEPT a partir de três critérios que devem ser pontuados de acordo com a quantidade de sintomas exigidos por cada categoria. O primeiro é o critério do DSM III-R, subdividido em três classificações; Revivência, com presença de pelo menos dois sintomas; Evitação Persistente, no mínimo três sintomas; e Excitabilidade Aumentada, ao menos dois. O segundo é o critério do DSM IV, subdividido também em três; Revivência, pelo menos um sintoma; Evitação Persistente, no mínimo três; e Excitabilidade Acentuada, deve ser no mínimo dois. O terceiro e último critério é Evidência e Transtorno de Estresse Agudo e deve apresentar no mínimo três sintomas. O diagnóstico de TEPT é estabelecido se a criança

atingir todos os critérios e diagnóstico parcial, se preencher dois dos critérios. A aplicação do instrumento infantil ocorre em dois momentos, o primeiro apenas com a criança e depois com o cuidador. Por sugestão do próprio instrumento as divergências são discutidas com ambos até se chegar a uma conclusão (Brasil, 2003; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan, 1996).

O instrumento empregado para avaliar o referido transtorno nos cuidadores foi a Clinician Administered PTSD Scale-CAPS (Anexo F), que é disposta em forma de entrevista estruturada, sendo constituída por 30 itens que medem a frequência e intensidade dos sintomas de TEPT. Trata-se de um instrumento amplamente utilizado para rastreamento de TEPT (Rosso, 1998). Estudos conduzidos demonstraram fortes evidências de sua confiabilidade e validade como medida de sintomas (Blake et al. 1992; 1995). Do mesmo modo que o instrumento infantil, o CAPS avalia episódios de sintomas de TEPT tanto no momento atual como no passado.

O CAPS compreende o diagnóstico a partir de critérios que são preenchidos de acordo com o número de sintomas exigidos por cada um. O Critério A corresponde aos aspectos do evento traumático propriamente dito. Tal critério não foi questionado aos cuidadores e crianças, pois, segundo Medeiros et al. (2009), a queimadura em si já é considerada um evento traumático. Assim, todos receberam a pontuação correspondente ao evento. No Critério B - Revivência do Evento Traumático - é necessário atingir apenas um sintoma, para o Critério C - Esquiva Persistente de Estímulos faz-se necessária a presença de três sintomas, e o Critério D - Sintomas Persistentes de Aumento da Excitabilidade - de no mínimo dois. O último critério não define o diagnóstico e refere-se às características associadas, compreendendo sete sentimentos/sintomas que podem estar presentes em pacientes que sofrem TEPT, sendo cada um equivalente a um ponto. O diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós traumático é estabelecido se o cuidador atingir todos os critérios, o diagnóstico parcial se preencher dois dos critérios. A pontuação para considerar a presença do sintoma foi definido pelos escores três e quatro, os escores menores que três eram relacionados com a entrevista do cuidador participante para a consideração ou não dos sintomas (Blake et al., 1995).

3.6.5. Desenho

O desenho foi utilizado para possibilitar à criança se expressar de forma lúdica visto que pode não conseguir usar a linguagem com a mesma facilidade que os adultos para falar de seus sentimentos. Segundo Nasio e Dolto (1991), o desenho é a expressão

das vivências emocionais ligadas à história da criança, é uma linguagem própria de seus sentimentos e do vivido. Em um estudo de Oliveira et al. (2006) percebeu-se que o desenho funciona como dispositivo para que a criança adoecida possa desenhar seu corpo, falar de sua doença e do momento singular que está experienciando. Por meio do desenho a criança tenta compreender o que se passa com seu corpo.

3.7. Procedimentos éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES-DF de acordo com as normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos regulamentada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O Comitê emitiu parecer favorável a sua execução com número de registro 10822913.9.0000.5553 (Anexo G). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com as normas éticas exigidas pela resolução foi lido e assinado por todos os participantes, crianças e cuidadores (Anexo H).

3.7.1 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada às terças feiras, no período de abril a junho de 2013, das 14h às 18h. O dia foi acordado junto à equipe da Unidade de Queimados com aprovação da chefia e orientação da psicóloga responsável pelo setor. O dia e período escolhidos correspondem ao dia do atendimento ambulatorial, previsto no planejamento da Unidade de Queimados. A pesquisadora contou com o apoio de dois auxiliares de pesquisa para a realização da coleta, sendo que as crianças eram abordadas pela pesquisadora e os cuidadores pelos auxiliares. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise de conteúdo.

3.7.2. Estudo Piloto

Após a liberação e aprovação da pesquisa pelo CEP, foi realizado um estudo piloto. A criança e o cuidador foram convidados a participar ainda na sala de espera do atendimento ambulatorial. Após concordarem foram encaminhados à sala destinada à psicologia, onde o TCLE foi lido pela pesquisadora e assinado pelo cuidador e pela criança. A pesquisadora ficou na sala juntamente com a criança e aplicou os instrumentos: entrevista semiestruturada, avaliação do Transtorno de Estresse Pós Traumático, e o desenho, respectivamente. Enquanto isso, o auxiliar de pesquisa e o

cuidador sentaram em cadeiras localizadas no corredor paralelo, reservadas apenas para acesso dos profissionais de saúde, local pouco movimentado no horário de atendimento, onde foi possível ao auxiliar aplicar o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada ao cuidador. O instrumento para avaliação do Transtorno de Estresse Pós Traumático do cuidador e a etapa de participação do cuidador no instrumento da criança foram aplicados pela pesquisadora após o momento inicial com a criança. Nessa etapa da coleta, o auxiliar ficou com a criança na sala de psicologia enquanto a pesquisadora concluiu a aplicação dos instrumentos com o cuidador, procedimento adotado nas coletas posteriores.

O estudo piloto possibilitou a reformulação de itens, adequação dos instrumentos, assim como a identificação da melhor forma de abordar os participantes. As mudanças iniciaram no TCLE, o qual, não tinha espaço para assinatura da criança. Ao perceber o envolvimento e interesse em participar da pesquisa ficou clara a necessidade de tornar a criança ativa no processo, assinando e confirmando sua participação de livre vontade.

No questionário sócio-demográfico percebeu-se a necessidade de incluir algumas perguntas como o endereço da cidade natal e o de Brasília/DF tendo em vista que muitos participantes mudaram de moradia por conta do tratamento da queimadura, deixando rotina e familiares em suas cidades natais. Outras duas perguntas foram acrescentadas: (1) transporte usado para chegar ao hospital e (2) recebimento ou não de benefício financeiro para o tratamento. Tais informações podem responder questões relativas à continuação do tratamento, ao comprometimento da criança e cuidador com a reabilitação e tratamento das sequelas.

À entrevista semiestruturada do cuidador, foi acrescida a pergunta se o mesmo sempre foi o cuidador responsável pela criança porque nem sempre a pessoa responsável pelo tratamento da criança, antes e após a alta hospitalar, foi o principal cuidador. Tal pergunta buscava compreender a construção da relação entre a criança e cuidador.

Duas perguntas foram retiradas da entrevista por soarem repetitivas, sendo pontuada até mesmo pelo cuidador durante a entrevista no estudo piloto *“Mas eu já não respondi isso?”*.

Antes	Depois
Você notou alguma mudança no relacionamento da criança com alguma pessoa depois da queimadura? Quem?	A sua forma de agir e de se relacionar com a criança mudou depois da queimadura?

Ao final da entrevista do cuidador foi incluída uma última pergunta com o objetivo de deixá-lo à vontade para se expressar ou contar algo fora dos temas sugeridos pela pesquisadora, mas que poderiam ser dados de grande valor: *Gostaria de falar mais alguma coisa?*

A entrevista direcionada à criança teve algumas questões reformuladas pois foram observadas dificuldades de compreensão pela criança, principalmente em questões relacionadas a sentimentos. A reformulação das questões buscou torná-las mais acessíveis sem perder o sentido e nem o objetivo:

Antes	Depois
Como você se sente quando elas perguntam ?	Você se incomoda quando perguntam?
Como você se sente quando olham para você?	As pessoas olham muito pra você? Por que as pessoas olham muito pra você?
Você está usando malha? Como se sente?	A malha te atrapalha em alguma coisa?
Como você se sente ao voltar para o hospital?	O que você acha de voltar ao hospital?

Alguns termos tiveram que ser modificados para um vocabulário mais familiar à criança:

Antes	Depois
O que mais te incomoda no tratamento da sequela de queimadura?	O que mais te incomoda hoje no tratamento da queimadura?
Como é sua rotina hoje? E o fim de semana?	Conta pra mim como é um dia seu hoje? E o fim de semana?
Como era sua rotina antes da queimadura? E o fim de semana?	Como era seu dia antes da queimadura? E o fim de semana?

Dois perguntas foram retiradas por se tornarem repetitivas no contexto geral da entrevista:

Como você se sente quando olha para as marcas?
Você e seu cuidador falam sobre as marcas? O que ele fala?

Também na entrevista da criança foi incluída a pergunta “*Gostaria de falar mais alguma coisa?*” com o intuito de deixá-la à vontade para expressar ou contar algo fora dos temas sugeridos pela pesquisadora.

Antes do estudo piloto a entrevista da criança tinha 38 perguntas com as modificações e adaptações ficou com 36 perguntas.

3.8. Procedimentos para análise dos dados

As respostas às entrevistas foram transcritas com ajuda dos dois auxiliares de pesquisa, categorizadas, tabuladas e analisadas de acordo com a técnica de Bardin (2010). Os instrumentos de avaliação do TEPT seguiram as recomendações dos autores. O desenho foi analisado a partir dos princípios estabelecidos por Van Kolck (1981), Campos (1982) e Wechsler (2007).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em duas seções: a primeira integra os dados correspondentes à caracterização dos participantes, a entrevista semiestruturada e análise dos desenhos infantis; e a segunda os resultados obtidos nos instrumentos de Transtorno de Estresse Pós traumático. Cada seção será dividida em subseções de modo a destacar aspectos relevantes relacionados aos objetivos do estudo.

4.1. Caracterização da amostra

Participaram deste estudo nove crianças e seus cuidadores. A Tabela 1 apresenta a caracterização das crianças em relação a sexo, idade atual e no momento da queimadura, escolaridade atual e na época da queimadura e o grau de parentesco com os cuidadores:

Tabela 1

Caracterização das crianças participantes

Criança	Sexo*	Idade Atual	Idade no momento da queimadura	Escolaridade Atual**	Escolaridade na época da queimadura	Parentesco do cuidador
C1	F	7	5	1º ano E. F.	Pré-escolar	Mãe
C2	M	7	5	2º ano E. F.	Pré-escolar	Mãe
C3	F	12	10	7º ano E. F.	5º ano E. F.	Mãe
C4	F	10	9	4º ano E. F.	3º ano E. F.	Mãe
C5	M	8	6	3º ano E. F.	1º ano E. F.	Mãe
C6	F	11	5	6º ano E. F.	Pré-escolar	Pai
C7	F	6	4	Pré-escolar	Pré-escolar	Mãe
C8	F	10	5	5º ano E. F.	Pré-escolar	Mãe
C9	M	7	6	1º ano E. F.	Pré-escolar	Tia

*F= Feminino M= Masculino

** EF = Ensino Fundamental

Das nove crianças que participaram do estudo, seis são do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade entre cinco e 10 anos, e média de seis anos, o que corresponde aos dados do Ministério da Saúde onde as maiores proporções de atendimentos de queimadura foram observadas em crianças de zero a nove anos

(27,4%) (Brasil, 2009). O tempo decorrido entre a queimadura e o momento da coleta de dados variou entre um e seis anos, com uma média de 2,5 anos.

Das crianças que participaram da pesquisa cinco estão no ano escolar correspondente e quatro (1, 4, 7 e 9) apresentam uma defasagem de apenas um ano em relação à proposta do ensino fundamental de nove anos (Brasil, 2007), indicando um não comprometimento na reinserção escolar. É importante ressaltar que no momento da queimadura a Criança 9 já estava com o ano escolar defasado pois sofreu um outro acidente ainda em seu primeiro ano.

Antes da queimadura todas as nove crianças apresentavam, a partir dos relatos de seus cuidadores, desenvolvimento esperado de acordo com a idade, além de um bom desempenho escolar. Os cuidadores também consideraram que após a queimadura nenhuma das nove crianças apresentou dificuldades. A referência de desempenho utilizada eram as boas notas nas avaliações. Segundo os cuidadores, as Crianças 2 e 4 melhoraram o desempenho escolar após o acidente.

A presença de professores atuando como membros da equipe de saúde e participantes do processo de escolarização da criança, como acontece na instituição estudada, pode ser associada a esse dado. Holanda e Collet (2012) reforçam a importância do acompanhamento pedagógico para o desenvolvimento infantil e processo de reabilitação na infância.

A Cuidadora 4 enfatizou que antes da queimadura a criança era muito agitada dentro da sala e após a queimadura ficou mais introspectiva, resultando em melhora de seu desempenho acadêmico. O comentário da mãe de que a introspecção da criança foi boa para seu desenvolvimento deve ser visto com cautela. O rendimento acadêmico é algo valorizado em nossa cultura e importante fator para o senso de competência da criança, mas face ao evento da queimadura deve-se estar atento a como tal vivência repercutiu em sua vida de uma forma mais ampla. É comum, entre os pais, profissionais de saúde e da educação, uma atribuição positiva ao comportamento mais compatível às normas instituídas, mas do ponto de vista emocional nem sempre essa é a melhor resposta.

Silveira e Neves (2006) enfatizam a importância do papel da escola na adaptação da criança com deficiência, onde a inclusão dessas crianças remete à transformação da realidade social e escolar. A escola deve priorizar o acolhimento do sujeito como ser em constante construção e desenvolvimento. Além disso, o conhecimento deve ser percebido não como algo determinado, mas como o produto da

co-construção gerado pela interação entre os indivíduos e o meio físico. Portanto, isso deve ser acrescentado nas concepções sobre as construções cognitivas de pais, de professores e de todos os agentes da escola, pra que possa culminar em práticas em que seja priorizado a mediação com o outro, no que se refere a bens culturais à participação do deficiente múltiplo.

A prevalência de mulheres cuidadoras, particularmente mães, assinalada como predominante por Chiattonne (2003), foi um dado também encontrado nesta pesquisa onde das nove crianças participantes sete eram acompanhadas por suas mães e uma por sua tia. Apenas um pai era o acompanhante responsável pelo cuidado de seu filho, consonante com o estudo de Bakker et al. (2012), onde uma minoria de pais era o principal cuidador antes mesmo da queimadura ocorrer.

Das nove crianças entrevistadas, oito identificaram, sem dificuldade, o cuidador que as acompanhou na internação. A única criança que era acompanhada pela tia foi a que teve dificuldade para apontar o seu principal cuidador. A Criança 9 morava com a tia desde os quatro anos, primeiro por dificuldades financeiras e envolvimento dos pais com drogas ilícitas e segundo porque a mãe não tinha condições para arcar com as novas necessidades que a criança apresentava após a queimadura, por não morar no DF. Oito crianças dependiam de transporte público para chegar ao hospital e nenhuma recebia auxílio transporte. Isso representava uma demanda adicional à rotina e ao orçamento familiar. Estudos de Horrid et al. (2009) e Oliveira et al., (2011) enfatizam que a queimadura exige dos pais ou cuidadores novas posturas e desenvolvimento de habilidades de forma inesperada e intensa, acompanhadas por dificuldades econômicas, estruturais e a necessidade de apoio para lidar com as consequências da queimadura principalmente após alta hospitalar.

A Tabela 2 apresenta informações sobre os cuidadores em relação à idade, escolaridade, profissão, procedência e renda familiar. Como havia apenas um homem na amostra de cuidadores, optou-se por apenas sinalizá-lo ao invés de repetir a mesma informação para as outras oito participantes:

Tabela 2

Caracterização dos cuidadores

Cuidador	Idade	Escolaridade	Profissão	Procedência	Renda familiar
C1	32	Ensino Fundamental completo.	Auxiliar de cozinha	Planaltina - GO	1.300,00
C2	28	Ensino Médio. Completo	Vendedora	Goiânia GO	1.500,00
C3	31	7º série Ensino Fundamental.	Dona de casa	Ceilândia DF	1.356,00
C4	28	Ensino Médio. Completo	Esteticista	Planaltina - GO	1.500,00
C5	35	Ensino Fundamental completo	Diarista	Estrutural-DF	678,00
*C6	38	Ensino Superior completo	Professor	Vicente Pires DF	9.000,00
C7	36	Ensino Superior incompleto	Estudante	Fercal – Alto da Bela vista - DF	1.080,00
C8	47	4º ano do Ensino Fundamental.	Diarista	Brazlândia- DF	1.000,00
C9	36	Ensino Médio. completo	Vendedor	Pedregal Novo Gama- DF	800,00

*Sexo masculino

Os cuidadores tinham entre 28 e 47 anos, com média de 30 anos, caracterizando pessoas jovens. Se considerarmos o tempo médio decorrido desde o momento da queimadura (2,5 anos) podemos pensar em implicações relacionadas a esse momento de desenvolvimento caracterizado pela necessidade de qualificação acadêmica e profissional. Todos os cuidadores alegaram possuir uma profissão, porém três deixaram de exercê-la após a queimadura da criança. Uma cuidadora se apresentou como dona de casa e outra como estudante. Apenas três cuidadores colaboravam efetivamente com a renda familiar a partir de suas profissões.

A assistência à criança queimada dificulta a permanência dos cuidadores em seus empregos devido às demandas da hospitalização e tratamento, principalmente por se caracterizar em sua maioria por trabalho informal, sem seus direitos garantidos. Dos

três cuidadores que exerciam suas profissões apenas um tinha emprego formalizado, os outros dois tinham carga horária flexível nas profissões de diarista e esteticista. Estudo de Silveira e Oliveira (2012) e Bicho e Pires (2002) destacam que as exigências da hospitalização e tratamento ocasionam a interrupção do trabalho/ocupação para dedicação exclusiva às crianças.

Outro fator que interfere na rotina do cuidador é a mudança de moradia em busca de tratamento. O serviço oferecido pelo Hospital Regional da Asa Norte - HRAN da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF é considerado referência no tratamento de queimadura no Centro Oeste recebendo, inclusive, pacientes de outros estados. Seis dos nove cuidadores vivem no Distrito Federal com as crianças. Desses seis, três vieram de outras localidades, como Piauí e Minas Gerais. Os outros três vivem próximo ao Distrito Federal, no estado de Goiás, o que apesar da distância não exigiu mudança de endereço.

A renda familiar dos participantes variou entre de R\$ 800,00 a R\$ 9.000,00 com média de R\$ 989,25. A realidade da média salarial dos cuidadores reflete a escolaridade. Apenas um cuidador possuía o ensino superior e sua renda familiar correspondia à R\$ 9.000,00. Para o cálculo da média esse dado foi retirado por se distanciar muito da realidade dos outros cuidadores. Três cuidadores possuíam o ensino médio e quatro o ensino fundamental incompleto. Uma cuidadora cursava o ensino superior com auxílio do governo. A baixa renda da amostra reflete a exclusão social sofrida por grande parte da população brasileira, cujas condições gerais de habitação combinadas com a carência de informações sobre prevenção resultam em uma maior incidência de acidentes com queimaduras (Oliveira et al., 2009).

4.2. Dados clínicos das crianças

A Tabela 3 apresenta os dados clínicos das crianças queimadas referentes às características da lesão, tempo de internação, principais procedimentos cirúrgicos realizados durante a hospitalização. As causas das queimaduras também são apresentadas:

Tabela 3

Dados clínicos das crianças

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Causa	Chama	Chama	Contato com alta temperatura	Chama	Chama	Chama	Chama	Substância quente	Chama
Dias de internação	16	32	2	22	9	19	50	22	20
Região atingida	Face Membro superior direito Membros inferiores	Tronco Membro superior esquerdo Membro inferior esquerdo	Membro inferior esquerdo	Face Dorso Membros inferiores	Tronco Membros inferiores Membro superior direito	Face Orelha Tronco Membros superiores Membros inferiores	Face Membros superiores Membros inferiores	Tronco Membros superiores	Tronco Membros inferiores Membros superiores
Grau	2º grau profundo	3º grau 2º grau superficial 2º grau profundo	2º e 3º graus	2º grau profundo	2º grau profundo	2º grau profundo	2º grau profundo	2º e 3º graus	2º grau profundo
Extensão	20%	30%	8%	10%	12%	23%	30%	15%	20%
Procedimentos cirúrgicos	9 curativos 3 desbridamentos 2 enxertos	11 curativos 3 desbridamentos 2 enxertos	1 desbridamento	2 desbridamentos 1 enxerto	1 desbridamento	8 curativos 2 desbridamentos 1 enxerto	20 curativos 4 desbridamentos 4 enxertos	6 curativos 3 desbridamentos 1 enxerto	7 curativos 3 desbridamentos 2 enxertos
Observações							Inalação por fumaça		

Diferente dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009), onde o predomínio das queimaduras foram causadas por substância quente (49,4%), a predominância da causa no presente estudo foi por chama (contato direto com fogo) em sete crianças. Apenas uma foi queimada por substância quente o que diverge também de outras pesquisas (Gimeniz-Paschoal, Nascimento, Pereira & Carvalho, 2007; Oliveira, Ferreira & Carmona 2009; Viana, Resende, Tolêdo, & Silva, 2009). Porém, os mesmos estudos assinalam que a predominância de queimadura por líquido ocorre principalmente em criança com idade de zero a quatro anos. Assim a diferença dos dados encontrados pode ser explicada devido os participantes do presente estudo terem como critério de inclusão a idade mínima de cinco anos, onde foi considerada a inserção escolar e a possibilidade de expressão verbal para responder os instrumentos de pesquisa.

De acordo com os registros dos prontuários, o tempo de hospitalização variou de dois a 50 dias, com uma média de 26 dias. No relato dos cuidadores, houve uma concordância do número de dias, com erro de um ou dois dias em três casos. Apenas quatro crianças souberam responder ao número exato de dias de internação. As três que não sabiam (1, 7 e 9) estavam em idade pré-escolar durante a internação, evidenciando provável influência de aspectos do desenvolvimento e das duas que superestimaram (2 e 4), uma também se apresentava em idade pré-escolar e a outra, Criança 4, já tinha 9 anos, o que pode sugerir a interferência da vivência do evento.

O tempo de hospitalização não se relacionou diretamente com as características da lesão como extensão da SCQ ou grau da queimadura, evidenciando que o tratamento hospitalar da criança queimada depende de outros fatores para a evolução e prognóstico do paciente. De acordo com Silva, et al. (2008) o sistema linfático infantil está em desenvolvimento o que pode levar à manifestação de complicações infecciosas, principalmente se a criança tiver histórico de infecção mal tratada abrindo portas para uma disseminação sistêmica. As infecções, independente do tipo de lesão, podem ser uma das principais causas para o agravamento do quadro da criança queimada. Tal fato foi evidenciado como uma das principais preocupações da Cuidadora 8:

“Quando ela ficou internada, ela tinha tido uma infecção de urina, aí eu fiquei com medo de pegar alguma outra aqui ou piorar tudo” (Cuidador 8).

A hospitalização ou o atendimento ambulatorial da criança queimada é determinado principalmente pelo tipo de lesão e a idade do paciente. Para Brasil (2012) e Silva et al. (2004) a internação da criança na unidade especializada é definida principalmente pela idade e SCQ - crianças com 10% SCQ e menores de 10 anos e 20% SCQ em maiores de 10 anos. O local da queimadura (lesões em face, olho, períneo, mão, pé e grande articulação), queimadura elétrica, queimadura química e lesão inalatória também são aspectos que definem a assistência à criança queimada.

As crianças que participaram do presente estudo sofreram lesões com a extensão da SCQ entre 8% a 30% com média de 18%. Com relação ao grau da queimadura apenas as Crianças 2, 3 e 8 apresentaram queimadura de 3º grau; as outras seis foram de 2º grau profundo. A Criança 3 foi a única que não seguiu as orientações sugeridas para hospitalização, porém sua queimadura evoluiu de 2º grau profundo para uma queimadura de 3º grau exigindo procedimento cirúrgico, o enxerto. Nem todos os prontuários registravam a queimadura como superficial ou profunda.

A Criança 7 foi a que passou mais tempo na hospitalização, 50 dias, principalmente por ter sofrido inalação por fumaça. Foi submetida à intubação e ventilação mecânica e transferida para Unidade de Terapia Intensiva por 10 dias. É sabido que um pequeno edema na traqueia pode reduzir em muito o diâmetro da via aérea demandando cuidados mais especializados (Serra et al. 2008).

O tratamento da queimadura via hospitalização é prioritariamente cirúrgico. As nove crianças fizeram desbridamento e sete delas foram submetidas a enxertos. Os momentos antecedentes às cirurgias foram enfatizados pelos cuidadores e crianças como os piores momentos da internação:

“O pior foi quando ela foi fazer o enxerto, quando ela voltou, de quando ela tava com a sonda e quando ela ficou inchadinha” (Cuidador 1).

“Essa parte da cirurgia é a pior lembrança que eu tenho” (Cuidador 2).

“O pior foi na hora que ela teve que entrar na sala de cirurgia, porque ela nunca tinha feito uma cirurgia na vida dela” (Cuidador 3).

“O pior porque eu fiquei lá tensa e tinha medo de injeção, de anestesia” (Criança 3).

“É porque, quando falavam que eu ia fazer cirurgia, eu ficava meio triste”(Criança 8).

Os banhos também foram relatados como um dos momentos mais dolorosos, principalmente no momento em que a água entrava em contato com a lesão:

“O pior foi o banho, foi o que mais me doeu” (Cuidador 4).

“A pior lembrança foi o primeiro banho dela, quando eu fui ver ela tomar o primeiro banho” (Cuidador 6).

“O banho era muito...doía” (Criança 7).

O momento da troca do curativo foi relatado pelo Cuidador 5 e pela Criança 2 como sendo os piores momentos da hospitalização e após a alta durante a continuidade do tratamento no ambulatório:

“Quando ele veio fazer curativo aqui mesmo, ele entrou em desespero e ficou transtornado, queria agredir a enfermeira, e ficou agressivo comigo, e eu fiquei muito chocada de ver o desespero dele, eu não saquei que era a dor esse desespero, então essa dor ficou bem marcante” (Cuidador 5).

Tirar o curativo. Doía pra caramba” (Criança 2).

O Caso 7 foi considerado o mais grave pela extensão da queimadura de 30% e inalação da fumaça. O momento mais difícil relatado pelo cuidador foi quando a criança foi transferida para UTI, ela temia a morte da criança:

“Ah, a pior lembrança foi o dia em que ela foi pra UTI, meu Deus, a pior lembrança. Ela foi pra UTI porque ela tinha queimado as vias respiratórias ... o primeiro medo era dela morrer” (Cuidador 7).

O Cuidador 8 enfatiza a dor que permeia todo o tratamento dos queimados desde o acidente, a hospitalização e processo de reabilitação a longo prazo.

“Eu me lembro que era um tratamento muito doloroso. Sente dor pra tudo, né, na hora de fazer o curativo, na cirurgia e depois, então é muito difícil” (Cuidador 8).

Os piores momentos do tratamento relatados pelos cuidadores e crianças coincidem com os resultados de estudos que destacam que as cirurgias, hora do banho e curativo são os momentos mais dolorosos para o paciente queimado (Rossi et al., 2000; Lotufo et al., 2008). Embora sejam aspectos pontuais do tratamento, suas implicações são ampliadas para o cotidiano da enfermaria.

A dor não é um fator perturbador apenas para a criança e cuidador, os profissionais de saúde também se mobilizam frente à dor do paciente queimado. Para Rossi et al. (2000) uma questão em comum entre pacientes e profissionais de saúde é a dificuldade de lidar com a dor, uma vez que os aspectos culturais de interpretação da dor podem influenciar na assistência ao paciente, levando à consideração de que as expressões de reação a dor, como grito e choro, possam muitas vezes ser atribuídas a pacientes que “extrapolam e fazem escândalo” (p. 25). A manifestação dolorosa provoca estresses nos profissionais, sendo mais cômodo e menos traumático cuidar de pacientes que tolerem mais a dor, evidenciando a importância, mais uma vez, de cuidar de quem cuida. Nesse caso, o próprio profissional de saúde deve ter um apoio para enfrentar a dificuldade de lidar com a dor do paciente e o estresse consequente de seu trabalho.

Os momentos de alívio da dor foram compreendidos como as melhores lembranças da internação, que eram quando as crianças conseguiam ficar na brinquedoteca, quando compartilhavam a enfermaria com outros pacientes da mesma idade e o momento da alta hospitalar. Tal fato enfatiza a importância do ambiente lúdico e adaptado à criança onde possam ter momentos familiares de ligação com o seu ambiente saudável durante a hospitalização. Segundo Paula e Foltran (2007) a relevância da brinquedoteca está em otimizar a recuperação da criança durante a internação.

4.3. Percepções sobre a causa, internação e tratamento da queimadura

As entrevistas realizadas buscaram compreender a percepção sobre a causa, internação e tratamento da queimadura vivenciados pelas crianças e cuidadores participantes da pesquisa. Os conteúdos foram categorizados a partir dos temas mais presentes nos relatos dos participantes.

Primeiro, as categorias serão apresentadas e definidas, posteriormente, serão discutidas a partir das falas dos participantes. O intuito dessa organização é identificar as percepções da criança sobre a causa de sua queimadura, socorro imediato recebido, internação e tratamento pós-alta hospitalar; e identificar as percepções do cuidador sobre a causa da queimadura, socorro imediato recebido pela criança, internação e tratamento pós-alta hospitalar;

A Tabela 4 evidencia duas categorias desenvolvidas a partir do tópico referente ao momento da queimadura:

Tabela 4

Percepções sobre o momento da queimadura

Categorias	Descrição das categorias
Atribuição de causalidade	Inclui relatos que marcaram o momento da queimadura, sentimentos referentes a causas, situações que poderiam ter sido evitadas.
Percepção das providências imediatas	Compreende a forma como a criança e o cuidador perceberam o primeiro socorro realizado no momento da queimadura.

A Tabela 5 inclui relatos da criança e do cuidador relativos ao momento da queimadura:

Tabela 5

Atribuição de causalidade

	Criança	Cuidador
C1	<i>“Foi..que..eu tava no colchão, né? Eu tava brincando, aí meu irmão foi fazer fogueira, aí quando ele foi pegar o papel e ... Aí agarrou o papel no colchão que eu tava...”</i>	<i>“Eles estavam brincando em casa e eu tava com o meu filho de três meses novo amamentando ... Aí em pouco tempo começou, eles gritavam, gritavam, aí meu esposo logo levantou na hora e foi, aí tava o sofá pegando fogo e a estante pegando fogo. Na hora que eu cheguei, tava ela ali se sacudindo e tava queimada”</i>
C2	<i>“Eu tava em casa brincando aí eu peguei um fósforo aí eu pensei bem assim: Não..acho que eu vou colocar na blusa, vou virar um homem de fogo! Aí eu peguei o fósforo, acendi e “taquei” na blusa”</i>	<i>“Queimou com o fogo ... Não, ele tava com o pai dele. Me senti péssima. O pai dele ligou, e falou que tinha acontecido esse acidente com ele, que ele tinha se queimado”</i>
C3	<i>“É.. tava eu e meu amigo, a gente ia no mercado, aí na volta, eu fui atravessar a pista e não olhei nem pra um lado nem pro outro. Aí a moto veio e me atropelou. Aí eu fui parar do outro lado da calçada...”</i>	<i>“ela foi comprar umas balinhas no mercado e quando tava voltando do mercado não olhou nem pra um lado nem pro outro, atravessou a pista. Aí veio uma moto e atropelou ela. Então ela desmaiou e só acordou no hospital”.</i> <i>“Nossa senhora, me senti muito mal”</i>
C4	<i>“... eu não entendo o que aconteceu comigo. Eu lembro que quando eu comecei a pegar fogo, eu comecei a gritar. Aí, a minha irmã, ela foi, ela foi.. Aí ela deixou o álcool cair no chão. Quando ela deixou o álcool cair no chão, já estava pegando fogo por dentro, aí o álcool “negoçou” a área todinha. Aí elas ficaram pro lado de dentro, ela e a minha irmãzinha”</i>	<i>“Ela acendeu a churrasqueira, minha filha mais velha pegou o álcool, e ela tava abanando, aí quando ela pegou o álcool ele foi em cima dela e queimou ela ... Me senti muito mal, nossa. Quase morri, meu Deus, eu não gosto nem de lembrar disso”</i>
C5	<i>“É..eu tava perto da churrasqueira aí eu tava ajudando meu pai a assar a carne, que era um aniversário. Aí pegou, aí o fogo não acendeu, aí meu pai jogou o álcool e pegou no fogo. Aí pegou e fez uma “bolona” grande e caiu na minha perna”</i>	<i>“Ele tava do lado da churrasqueira com o irmão dele menor, aí o meu marido foi acender a churrasqueira e tava muito frio, né, aí ele botou um pouco de álcool, só que ele achou que não tinha pego, aí ele pegou o álcool e jogou assim, de uma vez. No que ele jogou, explodiu assim, pra eles dois, mas só ele ficou queimado”</i>
C6	<i>“Eu tava numa festa de 15 anos. Aí, não tem aquele negócio que faz malabarismo, com fogo? Então eu tava lá na frente, aí ele derrubou em mim, aí eu queimei. Não, consigo me lembrar”</i>	<i>“Acidente numa festa de 15 anos. O barman foi fazer uma apresentação com fogo, deixou o álcool cair, o álcool veio em cima e queimou ela”. Fiquei bem chateado.”</i>
C7	<i>Eu tava na cadeirinha, aí meu pai parou num posto de gasolina. Aí quando a minha</i>	<i>“A gente tinha um carro, né, que ele não tava num bom estado, e a gente saiu num</i>

- mãe já tava sentada, o fogo tava nos pés da minha mãe. Ai ela saiu e eu estava presa na cadeirinha. Ai teve que pegar uma faca pra me ajudar”*
- percurso curto, o pai dela se queimou, eu me queimei, ai o carro incendiou. Eu tive muita dificuldade pra tirar ela, que eu tava em choque, desesperada, não consegui abrir o cinto, um dos extintores não funcionou, foi muito lamentável”*
- C8 *“É.. eu fui queimada com leite quente. É que, como eu era pequena, né? Ai minha mãe estava fervendo o leite, ai eu subi no bujão pra ve, o bujão era de rodinhas. Ai a vasilha caiu em mim”*
- ” eu tava na cozinha fervendo o leite. Ai ela ficou curiosa e resolveu olhar. Subiu no bujão e o bujão tava com aqueles carrinhos, de colocar em cima. Ai o carrinho rodou, derrubou o fogão e derramou tudo nela... eu tava perto dela, só que nessas horas, né, a gente, não sei o que acontece, que acaba acontecendo perto da gente e a gente não sabe por quê”*
- C9 *“ Eu tava brincando lá mais o meu amiguinho jogando bola.. ai quando os meninos falaram: olha o fogo!, ai na hora que eu chutei a bola, o fogo pulou em cima de mim. O fogo vinha da gasolina, que minha vó jogou o fogo pra trás. Ai o fogo pegou em mim”*
- “Ele tava de férias na casa da vó dele no Maranhão e ela jogou, junto aos lixos, álcool no lixo. Ela pega um galão de gasolina e joga em cima da fumaça. E aí, quando ela jogou a gasolina, o fogo subiu. Quando o fogo subiu, ela jogou o litro no chão. Quando ela jogou o litro, o vasilhame, a gasolina já espalhou. E aí eles tavam jogando bola e a bola veio na direção dela. Quando ele veio, já tinha gasolina pelo chão e a gasolina já tava lá no meio, onde que ele tava aí ele desmaiou, e caiu. Na hora que ele caiu em cima do fogo, ele caiu em cima do plástico. Ai colou a perna, colou o braço e colou o rosto”*

Os relatos evidenciaram diferentes situações que podem levar à lesão por queimadura. Em sua maioria as crianças não estavam sob supervisão direta de um adulto, e seus principais cuidadores estavam ausentes ou ocupados. Tal dado vai de acordo com o estudo de Oliveira et al. (2009) os quais evidenciaram que ainda que a queimadura seja relatada como um acidente observa-se que, na maioria dos casos, mesmo em se tratando de pré-escolares, isso somente aconteceu devido à falta de supervisão adequada de um adulto.

O relato das causas identificadas pelas crianças e pelos cuidadores é bem parecido. Importante registrar que das nove crianças entrevistadas, oito relataram que as informações sobre o acidente eram lembranças do ocorrido e não repasse de dados ouvidos de outras pessoas, mesmo na criança mais nova (4), a qual tinha apenas quatro anos no momento da queimadura. As crianças que não estavam com os seus cuidadores relataram detalhes do acidente que não foram descritos pelos cuidadores.

A causa da queimadura em dois dos casos analisados se relacionou a brincadeiras, onde, as crianças junto com seus irmãos resolveram incluir o fogo na atividade lúdica “*ai meu irmão foi fazer fogueira*” (Criança 1, Tabela 4), “*acho que eu vou colocar na blusa, vou virar um homem de fogo!*”(Criança 2, Tabela 4), o que também foi encontrado no estudo de Oliveira et al. (2009) onde a brincadeira com o fogo esteve presente “Ele tinha se pendurado na cortina, jogado álcool no sofá e tacado fogo. Tava brincando de super-herói” (p. 28).

Os cuidadores de outras duas crianças estavam presentes durante o acidente, mas não puderam prever a situação. No caso C7 os cuidadores também sofreram queimaduras durante um acidente envolvendo o carro da família. A Criança 6 estava em uma festa acompanhada pelos cuidadores, mas os mesmos não tiveram o controle da situação, já que é comum em festas as crianças ficarem mais à vontade. Além disso, deve-se alertar para o cuidado da utilização de fogo ou chama em eventos comemorativos. Tais manobras antes de executadas devem incluir o maior número de cuidados preventivos possíveis e ações para segurança dos espectadores desde a existência de extintores até rotas sinalizadas de fuga para casos de incêndio, condições nem sempre respeitadas. A despreocupação com essas questões pode levar a acidentes como o ocorrido na Boate Kiss, durante uma festa de jovens em Santa Maria, cidade universitária no Rio Grande do Sul no ano de 2012, onde um incêndio ocasionado por fogos de artifício durante um show matou mais de 200 jovens e outros 169 foram internados por inalarem fumaça. Tal ocorrência foi considerada o desastre causado por incêndio em boate com o maior número de mortes em mais de uma década (Atiyeh, 2012).

O álcool, a gasolina e querosene estiveram presentes em quatro situações. Tais substâncias entram em combustão muito rápido além de enganar a visão ocasionando os acidentes das Crianças 4, 5, 6 e 9. O que chama atenção é que essas substâncias são utilizadas no dia a dia, para acender uma churrasqueira, colocar fogo no lixo. Oliveira et al. (2009) evidenciam a falta de informação do cuidador sobre prevenção e como proceder no momento em que ocorre a queimadura, além da ausência de conhecimento sobre os riscos de morte que a mesma oferece.

Tal desconhecimento permite compreender a atitude de alguns cuidadores frente ao socorro e os sentimentos vivenciados e relatados. A categoria *Percepção das providências imediatas* (Tabela 6) expõe a forma como a criança e o cuidador perceberam o primeiro socorro realizado no momento da queimadura.

Tabela 6

Percepção das providências imediatas

	Criança	Cuidador
C1	<i>“E minha mãe jogou o pequeno, né?... Minha mãe não fez nada, aí meu pai pegou a madeira e apagou o fogo e foi direto pra o HRAN”</i>	<i>“E aí, desesperadamente, eu só larguei o meu menino que eu tava dando de mamar, corri... Aí, na mesma hora, levamos pro hospital, onde a gente morava, e lá eles fizeram os primeiros socorros e encaminharam ela pra cá pro HRAN... Me sinto um pouco culpada, porque mesmo que eu tava dando de mamar, não evitei o acidente”</i>
C2	<i>“Aí quando eu vi que tava, que a blusa tava até “aquí” queimada, aí eu fui, e joguei água. Aí o dono lá de onde eu moro, ele, ele foi lá, ele tinha um carro, ele morava lá na frente. Aí, então, ele me socorreu e me levou pro hospital, aí eles me trouxeram pra cá”</i>	<i>“Meu marido e meu vizinho na frente de onde a gente mora, que foram levar ele pro hospital”</i>
C3	<i>“Na hora que eu acordei já tinham chamado uma ambulância... eu fui no hospital, aí eles falaram que ficou só um machucado normal mesmo e não sabia que era queimadura. Depois eu fui pro posto de saúde e aí falaram que era queimadura e pediram pra eu ir no HRAN”</i>	<i>“Ela tava desmaiada e quem socorreu foi o bombeiro...levou pro hospital e lá eles não identificaram como sendo queimadura de terceiro grau, portanto eles passaram o iodo em cima da queimadura de terceiro grau. Então acho que piorou ainda a situação dela. Depois de 15 dias fazendo curativos no posto de saúde é que foi encaminhada pra cá”</i>
C4	<i>“Assim, eu não lembro como eu fui socorrida”</i>	<i>“Quem socorreu foi a minha vizinha”</i>
C5	Não relatou nada sobre o socorro	<i>“Aí a gente pegou, correu, meu marido pegou o menor e jogou no meu colo e foi pegar o C5 pra poder abafar, porque queimou a roupa, pegou fogo no short e pregou na coxa ... Nossa foi um pesadelo... E tentando manter a calma, né, porque nessas horas assim é muito difícil. Nessas horas eles precisam mais da calma da gente pra poder estar ajudando”</i>
C6	Não relatou nada sobre o socorro	<i>“O primeiro a socorrer foram as pessoas que tavam mais próximas ali, que abafaram o fogo, em seguida eu já peguei ali, tomei as primeiras providências e corri pro HRAN”</i>
C7	<i>“Aí ela (mãe) saiu e eu estava presa na cadeirinha. Aí teve que pegar uma faca pra me ajudar. Aí teve um moço do posto</i>	<i>“Eu tive muita dificuldade pra tirar ela, que eu tava em choque, desesperada, não consegui abrir o cinto, um dos extintores não</i>

que me ajudou”

funcionou ... ninguém entendia nada do que eu falava porque eu tava num estado parecendo uma maluca, assim, gritando, gritando, ajuda minha filha, aí veio o pessoal ... juntou uma multidão em cima do carro pra poder tirar ela”

C8 Não relatou nada sobre o socorro

“... Eu que socorri. E aí levamos pro hospital num carro e de lá viemos para cá. Eu fiquei assim, em estado de choque. Porque na hora você não imagina que é tão grave”

C9 Não relatou nada sobre o socorro

“Quem socorreu foi um vizinho que tava chegando, ele tirou o colete que jogou em cima dele , onde ele pegava, o couro saía”

O momento da queimadura e as providências imediatas equivalem ao atendimento inicial, fase de emergência/reanimação, a qual envolve os primeiros socorros onde, na maioria dos casos o paciente se apresenta em estado inconsciente ou com dificuldade de compreender a situação (Brunner & Suddarth, 2011; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Patterson & Ford, 2000; Serra et al., 2004). As crianças 4, 5, 6, 8 e 9 não se recordam dos primeiros socorros prestados e segundo os relatos dos cuidadores chegaram a desmaiar após o acidente.

Como a maioria dos cuidadores estava ausente no momento da queimadura muitas crianças foram socorridas por vizinhos e amigos dos familiares. As crianças 1, 5, 6 e 8 foram socorridas por dois ou apenas por um dos cuidadores (pai e mãe). Alguns relatos sobre o momento da queimadura coincidem e outros divergem entre crianças e cuidadores podendo revelar aspectos emocionais envolvidos na vivência de cada um.

Ao serem informados sobre o acidente ou ao socorrerem as crianças queimadas, seis cuidadores (2, 4, 5, 6, 8 e 9) relataram que a principal preocupação era com a sobrevivência das crianças. Já três dos quatro cuidadores das crianças que sofreram lesão na face (1, 6 e 7) assinalaram o medo da desconfiguração facial da criança. Outros dois (1 e 3) se preocuparam com os filhos saudáveis que não teriam com quem ficar em casa.

No que se refere à Criança 1 um fato marcante para o cuidador e para a criança é o comportamento da mãe com o irmão no momento da queimadura, descrito por ambas como *largar* o irmão para realizar o socorro. Esse comportamento esteve presente

posteriormente em outras respostas durante a entrevista. *“Me sinto um pouco culpada, porque mesmo que eu tava dando de mamar, não evitei o acidente”* (Cuidador 1).

O sentimento de culpa, apesar de ter sido citado claramente apenas pela Cuidadora 1, é um dado consonante com outros estudos onde a presença do sentimento de culpa entre os cuidadores interfere, por vezes, em sua relação com a criança ou com outros familiares, além de afetar seriamente o ajustamento ao hospital e o processo de reabilitação (Bakker et al., 2010; Horrid et al., 2009; Carvalho, Rossi, & Ciofi-Silva, 2008).

Chiattonne (2003) e Carvalho et al. (2008) consideram que o cuidador é o interlocutor entre a família e a criança hospitalizada, podendo influenciar a relação da criança com seus outros familiares, ou seja, o comportamento de um familiar gera efeito e influencia outro familiar. Sendo assim, pode-se considerar que o sentimento de culpa do Cuidador 1, ligado aos cuidados com o irmão durante o acidente tem interferido na relação entre Criança 1 com seus irmãos, conforme o relato da Criança 1:

“É assim, a X não gosta de mim. E eu fico abraçando pra gostar de mim ... Porque eu fico só abraçando ela, fico agarrando, fico abraçando pra tentar se ela gosta de mim” (Criança 1).

Em relação ao comportamento da mãe, o sentimento de culpa parece ter resultado em superproteção em relação ao filho queimado, o que é percebido por ela, pelos outros filhos:

“Então ah, aconteceu isso, ... o cuidado se redobrou. A principal, assim, que os outros até reclamavam, foi que eu ficava assim, A Criança 1, Criança 1!” (Cuidador 1).

A superproteção é uma resposta esperada, mas tem implicações para o desenvolvimento e uma das crianças denuncia isso:

“Agora eu sou mais independente, é porque eu tenho outro irmão, antes ela cuidava mais de mim” (Criança 8).

Segundo estudos de Carvalho et al. (2008), os membros da família que permanecem em casa durante a hospitalização reclamam do afastamento e da

diminuição do cuidado e atenção destinados a eles antes do acidente. Tal dado também aparece no presente estudo e demonstra a dedicação do cuidador principalmente à criança queimada oferecendo menos atenção aos outros filhos. O afastamento dos outros filhos também esteve presente no relato de alguns cuidadores como a principal preocupação com relação à internação das crianças queimadas, principalmente os irmãos mais novos:

“Minha principal preocupação era ela, e o meu pequeno que eu tinha que dar de mamar. Então eu tinha que dividir, tinha que ser duas, mas tinha as pessoas que também ficavam com el. Só que ela queria mais eu, né, a mãe” (Cuidador 1).

“Minha principal preocupação era com o outro, que tava lá, pra eu poder ficar com ela aqui” (Cuidador 3).

Estudos de Phillips et al. (2007) enfatizam as dificuldades dos irmãos com relação ao irmão queimado, evidenciando a importância da participação e acompanhamento dos irmãos junto ao paciente para evitar dificuldades na adaptação da nova situação. O estudo avaliou as reações dos irmãos frente à criança queimada, onde, 40% relataram sentir chateação em ver pela primeira vez o seu irmão ou irmã com lesão, 33% expressaram sentimento de repulsa, 20% sensação de choque, 27% sentimentos de perturbação pelo aparecimento da lesão e as preocupações com as cicatrizes, 27% evitavam olhar para a lesão na fase pós-queimadura e 27% relataram que eles ainda estavam incomodados com a cicatriz atual.

A Criança 2 estava brincando sob a supervisão apenas do pai e a mãe relata ter se sentido péssima quando soube do acidente. O comentário da mãe parece refletir uma auto responsabilização pelo acontecido, sem explicitar claramente seus sentimentos em relação à responsabilidade do pai. Contudo, a criança percebe e denuncia as implicações ambivalentes. A criança afirma mudanças no relacionamento dos pais, principalmente da mãe após a queimadura:

“ Ah, eles brigam pra caramba! É muita coisa. Minha mãe é a pessoa que mais briga” (Criança 2).

Tal resultado corrobora com o estudo de Bicho e Pires (2002) que destaca que o

sentimento de culpa também acaba por ser atribuído a outros elementos, como aos avôs, visitas e outras pessoas que de alguma forma compartilharam do momento da queimadura. Tal sentimento pode modificar a relação entre o cuidador e o alvo da culpa, no caso da Criança 2 o pai. Em outro momento a Criança 2 afirma que não gostou de voltar para casa depois da alta hospitalar:

“Não gostei muito porque meu pai, porque meu pai quebrou meu helicóptero” (Criança 2).

A criança expressa uma dificuldade em relação ao pai, mas não consegue explicitar o real motivo dessa situação. O brinquedo, característico do mundo da infância é trazido como apoio para justificar essa percepção.

A culpabilização do pai pelo acidente pode estreitar ainda mais os laços entre a criança e a mãe. Não deve-se atribuir apenas ao acidente o posicionamento materno em frente ao pai. A queimadura pode ser um fator desencadeante de um histórico da relação parental.

“Bem. Eu tô bem próxima, tive que parar de trabalhar e fiquei mais presente com ele” (Cuidador 2).

A compreensão desse processo relacionado à etapa do desenvolvimento precisa ser melhor trabalhada junto à criança e sua família. Para isso deve-se intervir também com a mãe.

No caso da Criança 3, a mãe enfatiza que o erro de diagnóstico que a criança teve no pronto atendimento piorou o quadro da queimadura. Tal dado pode ser questionado ao analisar o relato sobre a percepção da Criança 3 e a divergência com o do cuidador.

“Eu fui no hospital, aí eles falaram que ficou só um machucado normal mesmo e não sabia que era queimadura. Depois eu fui pro posto de saúde e aí falaram que era queimadura e pediram pra eu ir ao HRAN. Aí eu vim aqui, eu fiquei só no curativo, muito tempo. Aí depois, o médico falou que precisava de uma cirurgia urgente” (Criança 3).

“Lá eles não identificaram como sendo queimadura de terceiro grau, portanto eles passaram o iodo em cima da queimadura de terceiro grau. Então acho que piorou ainda mais a situação dela” (Cuidador 3).

O relato da Criança 3 compreende os procedimentos realizados no ambulatório da Unidade de Queimados, onde a lesão da queimadura quando avaliada como 2º grau profundo é acompanhada e observada a evolução para ser confirmada ou não a necessidade de uma intervenção cirúrgica (Brasil, 2012; Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2011; Serra et al., 2004). O sentimento de culpa do Cuidador 3 pode ter sido direcionado para o serviço de saúde como sugerido por Bicho e Pires (2002).

Segundo Horrid et al. (2009) os sentimentos de culpa ocasionam mudanças na forma dos pais se relacionarem com as crianças, apresentando comportamentos como superproteção e medidas controladoras e restritivas, a fim de minimizar a possibilidade de quaisquer danos adicionais. As consequências de tais comportamentos foram referidos como diminuição da autoconfiança e autoestima nas próprias crianças, conforme descrito no relato de duas cuidadoras, com repercussões também no comportamento da criança.

“Eu mudei. Mudei, mudei mesmo, pra melhor. Antes eu deixava ela sair sozinha pra ir na venda comprar alguma coisa, mas agora eu não deixo mais, porque tudo agora eu tenho medo. A gente fica assim, com aquele medo, aquele bloqueio” (Cuidadora 3).

“Ela mudou. Ela mudou, porque ela antes não tinha vergonha de nada. Ela “mãe, eu não vou pro clube”, “mãe, eu não vou tirar a malha”. Ela mudou, mudou muito” (Cuidador 4).

Nas Crianças 5 e 8 a causa do acidente envolveu os pais, ambos estavam presentes no momento da queimadura e suas ações foram associadas ao acidente, acendendo a churrasqueira e esquentando o leite, ambas as crianças foram socorridas pelos próprios pais.

No caso C5 o sentimento de culpa ao contrário dos outros relatos partiu da criança:

“Ele achava que tinha sido culpa do pai dele... ele ficou muito agressivo, muito irritado, ele se irritava muito com as coisas, e tava um tanto manhoso, tava com uma certa raiva dentro dele...” (Cuidador 5).

Porém, hoje, aos sete anos, a Criança 5 demonstra em sua fala não culpabilizar o pai pelo ocorrido:

“Eu tava perto da churrasqueira. aí eu tava ajudando meu pai a assar a carne, que era um aniversário. Aí pegou, aí o fogo não acendeu, aí meu pai jogou o álcool e pegou no fogo. Aí pegou e fez uma “bolona” grande e caiu na minha perna” (Criança 5).

Pouco se sabe sobre a Criança 4 e como de fato ocorreu a queimadura, apenas que a criança estava com a irmã quando ocorreu o acidente. Nesse caso, o sentimento de culpa também foi vivenciado por outra pessoa que não os cuidadores, o que diverge com a maioria dos estudos. De acordo com o relato da criança, sua irmã sofreu e sofre muito pelo ocorrido.

“Eu tenho uma irmã, que ela jogou o álcool, ela ficou mais desesperada do que eu. Ela chorou tanto pedindo perdão e, assim, eu não podia falar com ela, porque eu não conseguia. Eu tava passando muito mal, eu sentia muita dor, muita! E, até hoje, se alguém falar, desde quando eu não era queimado, se alguém falar alguma coisa de mim ela quase morre do coração” (Criança 4).

Como já exposto, a Criança 9 foi morar com a tia aos quatro anos de idade. Mesmo antes da queimadura vivia um distanciamento com a mãe, principalmente por questões financeiras e pelo envolvimento dos pais com drogas ilícitas. Segundo o relato da tia a adaptação da criança às normas hospitalares foi difícil, principalmente em relação à alimentação, pois a mãe, outrora distante, passou a visitar e acompanhar a criança levando comida de casa escondida para o hospital. Tal momento pode ter significado a possibilidade do resgate da relação entre mãe e criança, o que não foi favorável à adesão do tratamento, estendendo a estadia no hospital. A presença da mãe durante a internação foi algo muito enfatizado pela criança:

“Da minha internação, eu me lembro de quando eu ficava com a minha mãe. Quando eu ficava com a minha mãe, eu comia só de noite, aí eu não queria comer a comida do hospital”(Criança 9).

A Criança 9, culpa o pai por separa-lo de sua mãe, o que está presente em seu relato aos sete anos:

“Eu sou bom com meu pai, mas eu não gosto dele não.... A minha mãe, eu gosto dela. Ela deixa eu jogar videogame.” (Criança 9).

Outro ponto em comum entre alguns casos é a permissividade dos cuidadores com as crianças após a alta hospitalar. Tal dado demonstra o caráter processual do tratamento, onde ao passar o impacto do diagnóstico existe uma adaptação frente à condição atual da criança e da própria família para lidar com a situação. Ferreira (2008) enfatiza que durante a reestruturação da família que ocorre após a descoberta da doença muitos pais passam a tratar a criança doente de forma diferente com o intuito de amenizar o sentimento de impotência frente à doença. Assim, os limites deixam de ser impostos pelos pais e tal comportamento pode interferir no desenvolvimento infantil:

“No início, que a gente ficou mais assim, fazendo as vontades dele, aí quando a gente percebeu que ele já tava tipo explorando, aí voltou tudo ao normal” (Cuidador 5).

Durante os relatos dos cuidadores e das crianças ficou claro que a causa e as providências iniciais tomadas marcaram de uma forma ou de outra o comportamento dos cuidadores e as relações entre criança, cuidador e envolvidos na causa influenciando a percepção da criança sobre o evento. O distanciamento com os irmãos saudáveis surgiu não apenas por parte dos cuidadores, mas das crianças preocupadas em resgatar a relação com o irmão.

O que marca todos os relatos é a intensificação da relação entre criança e cuidador após o acidente da queimadura, principalmente após o acompanhamento do tratamento hospitalar da criança queimada e a cumplicidade nos momentos mais difíceis e de muita dor. Esses dados coincidem com os estudos de Andrade e Soléria (2006) que destacam a relação entre mãe e criança com o corpo deficiente, onde muitas mães se

mantêm em uma relação dual com seus filhos.

A Tabela 7 apresenta as duas categorias desenvolvidas a partir do tópico referente à hospitalização da criança.

Tabela 7

Percepção sobre o tratamento da queimadura

Categorias	Descrição das categorias
Relação com o profissional de saúde	Compreende a relação profissional de saúde-paciente e cuidador a partir da percepção da criança e do cuidador sobre o acolhimento, a orientação dos procedimentos e apoio emocional durante o tratamento hospitalar.
Apoio social	Refere-se aos relatos correspondentes ao apoio social (emocional, concreto e informativo) recebido pelo cuidador e criança durante a hospitalização, por outras pessoas que não os profissionais de saúde, incluindo crenças religiosas.

A hospitalização é um processo difícil para qualquer pessoa, principalmente para a criança, pois ao ser hospitalizada muitas de suas referências lhe são retiradas. Segundo Soares (2001), mudanças lúdicas no ambiente hospitalar e a compreensão pelos profissionais de saúde das necessidades sociais e afetivas infantis podem favorecer a sua adaptação e promover uma resposta participativa da criança, enquanto agente de seu próprio desenvolvimento. Quando questionados sobre a experiência de hospitalização, os relatos tanto das crianças como dos cuidadores focalizam o apoio recebido como um importante recurso para lidar com esta situação.

A Tabela 8 inclui relatos a respeito da relação profissional de saúde-paciente e cuidador a partir das respostas à pergunta “Alguém conversou com você sobre o tratamento?”

Tabela 8

Percepção da relação profissional de saúde-paciente-cuidador

Criança	Cuidador
C1 “Não lembro de ninguém falando comigo”	“Que eu me lembre ninguém falou comigo sobre o tratamento. Assim, a médica conversou comigo. Falou como dos cuidados com ela em casa, o que ela teria que usar, que não podia pegar sol, tinha que usar protetor, sobre o uso da malha, sobre o banho, que tinha que ser sabão líquido, as coisas assim, os cuidados. Me senti melhor depois da conversa”
C2 “O médico, o Dr. M2, mas não entendi nadinha. Ele fala tão rápido, que eu não entendi..eu nem ouvi. Mas fiquei triste, porque ia ficar longe dos meus brinquedos”	“A psicóloga. Ela veio, conversava comigo algumas vezes, os médicos vinham e conversavam comigo, só isso. A psicóloga sempre vinha conversar comigo. Senti que tinha que entregar na mão de Deus”
C3 “Não”	“Não, ninguém conversou comigo sobre o tratamento dela”
C4 “Não”	“ Os médicos, os enfermeiros que sempre tavam lá, conversando, auxiliando, falando, comentando comigo tudo o que aconteceu, entendeu? Eles deixaram bem claro pra mim. Tudo que eles faziam, o enxerto, o banho, como é que ia ser, como era o procedimento, tudo”
C5 “Não	“Não, só mesmo gente do hospital, mas acho que sempre tem, acompanhamento, que eles falam, aí a gente tem que procurar a APOSEQ, e tal, que lá em cima eles conversam muito com a gente, com os paciente, as psicólogas... Ah, eu achei bom, né, que é um modo de aliviar um pouco, né, amenizar um pouco a situação. O tratamento é muito bom”
C6 “Que eu saiba não, que eu me lembro”	Conversei com a psicóloga, conversei com a equipe médica, com a equipe de enfermeiros, tinha todo um apoio do hospital. Entendi que era um tratamento a longo prazo, foi bem comprometido o caso dela, e que a gente acima de tudo vai fazer o que puder fazer de melhor pros dois. Me senti incapaz, mas encarei a realidade, nós, a família, encaramos a realidade, e damos ajuda e todo o suporte que a gente pode dar”.
C7 “Não”	“Conversou, né, conversou com a psicóloga, os médicos também conversaram. Entendi que o estado dela era grave, que era queimadura muito grave, né, e não sabia o que ia acontecer, só Deus sabia do futuro, né?”
C8 “Não me lembro. Se eu não me lembro”	“Não, o psicólogo conversou. Ela explicou, e conversou com a gente, assim, que era difícil o tratamento de criança porque tem que ficar cuidando,

mas assim, que ia demorar tanto e que ia ser tão doloroso, isso não, porque aí termina uma etapa e você pensa que acabou, vou embora, mas aí não, senta que tem uma coisa nova. Tipo quando eu saí do hospital, pensei “agora, quando terminarem os curativos, acabou”. Aí veio a malha que usa até hoje. A gente não imagina que é tão doloroso, né? Tão doloroso, tão demorado... Eu acho o tratamento deles aqui muito bom, só que não é fácil por ser tão demorado e tão doloroso”

C9 “Eu não sei”

“Assim, teve uma senhora lá que ajudou muito a gente, que depois de um mês eles conseguiram uma casa de apoio pra gente, que ajudou muito a gente, lá eles conversavam muito, e o melhor, assim, é que a gente acha que não tem o apoio de alguém. Mas a gente teve apoio de muita gente, mesmo desconhecido. Olha, a primeira coisa quando ele falou que a cirurgia dele seria muito, que ele ia fazer no mínimo seis cirurgias, ia ficar em torno de 30 mil reais, a gente se assustou, porque não tinha de onde tirar esse dinheiro. E assim, como o nosso Brasil é muito lento, e a nossa saúde ainda é muito precária, infelizmente. Mas eu achei que andou rápido, entendeu, porque logo quando a gente internou ele, logo na semana depois a gente já conseguiu tudo, já liberou o tratamento dele, então assim, eu tenho muito a agradecer. Muito agradecida. Porque eu achava que ia demorar muito, e eu tinha medo, a única coisa que eu tinha medo era ele perder o bracinho dele. Eu achava que por demorar demais, quando mais passasse o tempo, mais ele ia ficar infeccionado por dentro e isso é pior, mas graças a Deus ainda foi rápido o tratamento dele e ainda tem muita cicatriz, mas à vista do que ele tava, ele tá bom”

A tríade profissional de saúde, criança e cuidador é muito importante para o progresso do tratamento (Pinto, 2010). A maioria das crianças não lembra de nenhum dos profissionais explicarem diretamente a elas sobre o tratamento da queimadura ou mesmo de conversarem com algum profissional. Apenas a Criança 2 afirma que as explicações oferecidas pelo médico não foram compreendidas, já que o profissional falava muito rápido. Tal dado corresponde a resultados de diversos estudos, onde as dificuldades de comunicação entre equipe de saúde e criança são evidenciadas (Gabarra & Crepaldi, 2011; Nova, Vegni, & Moja, 2005; Pinto, 2010; Perosa & Ranzani, 2008; Tates & Meeuwesen, 2001). Segundo Gabarra e Crepaldi (2011), a ausência de lembranças sobre informações trocadas com os profissionais de saúde pode ocorrer devido ao estado emocional da criança.

Oito cuidadores contaram que houve momentos de comunicação e acompanhamento dos profissionais de saúde durante a hospitalização. Apenas o Cuidador 3 alega não ter conversado com nenhum profissional. Esse relato pode ser compreendido pelo fato da Criança 3 ter tido inicialmente um diagnóstico equivocado e, ao passar a ser acompanhado pelo ambulatório da Unidade de Queimados, a evolução da lesão exigiu uma intervenção cirúrgica urgente. A paciente só foi internada por dois dias e teve pouco contato com a equipe de saúde. Talvez por isso, criança e cuidadora se queixem de serem encaminhadas rapidamente para a cirurgia, sem aviso prévio ou conversa sobre o que seria feito durante o procedimento cirúrgico. A Díade 3 foi a única dentre as outras nove que evidenciou dúvidas, insegurança e medo com relação aos procedimentos envolvidos na cirurgia, sendo tais aspectos enfatizados como o pior momento da internação

“Não, só falaram que era urgente e precisava da cirurgia” (Criança 3).

“Aí uma doutora que olhou, chamou outro doutor, um branquinho, baixo, e aí falou “aqui, mãezinha, a gente vai ter que fazer um enxerto, porque não vai ter como, infelizmente”. Aí marcou a data da cirurgia dela” (Cuidador 3).

As crianças 4, 5 e 7 também alegaram não conversar com ninguém sobre o tratamento hospitalar. Tais resultados corroboram com outras pesquisas onde, a comunicação ocorre prioritariamente entre os adultos, ou seja, entre os profissionais de saúde e os cuidadores, evidenciando que muitas vezes as crianças não são incluídas na comunicação sobre as expectativas do tratamento, além de ficarem sabendo de seu diagnóstico de forma indireta pela fala dos adultos (Castro 2009; Gabarra & Crepaldi, 2011; Hart & Chesson, 1998; Marcon, 2003; Mendonça, 2007; Pinto, 2010; Tates & Meeuwesen, 2001). Segundo Hart e Chesson (1998), isso ocorre devido a dois fatores, primeiro, por alguns profissionais não saberem como abordar a criança verbalmente, e segundo, apesar de terem interesse no que elas pensam e desejam, por tentarem protegê-las de informações médicas, para não perturbá-las emocionalmente e interferir no progresso do tratamento.

Ainda que as crianças não tenham sido incluídas na comunicação sobre o tratamento e adoecimento, os cuidadores relataram ter sido comunicados e acompanhados, principalmente pela psicóloga, seguido dos enfermeiros e médicos, o

que segundo alguns relatos foi indispensável para a compreensão de tudo o que se passava e resultou em alívio relacionado à perspectiva de sobrevivência da criança.

A comunicação com o profissional de saúde ajudou os cuidadores a compreender o percurso do tratamento e lidar com as principais dificuldades envolvidas, principalmente as peculiaridades da queimadura como sendo um tratamento prioritariamente cirúrgico, de longa duração, onde a hospitalização é só a primeira etapa. A comunicação entre profissional de saúde e cuidador também foi associada com a qualidade do tratamento prestado pela equipe.

O que chama atenção é o fato de também os cuidadores não considerarem um problema as crianças não terem sido informadas, o que sugere que eles não consideram relevante a inclusão das crianças no processo de tomada de decisão. Castro (2009) ressalta que a comunicação em saúde, principalmente em pacientes em condições crônicas é um componente central para o atendimento, podendo melhorar o autocontrole e a colaboração com o tratamento. As informações quando bem transmitidas podem modificar respostas motoras, psicofisiológicas e cognitivas, além de aliviar os sentimentos de dor, medo e insegurança, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente.

A boa comunicação com os cuidadores pode ter colaborado para o conhecimento e segurança dos cuidadores minimizando adversidades no tratamento, pois segundo pesquisa de Gabarra e Crepaldi (2011) a mãe foi apontada como a principal fonte de informação sobre a doença, além disso, as crianças demonstraram preferir receber notícias e compartilhar suas dúvidas e ansiedades com elas. Se a mãe não está emocionalmente preparada, ela pode influenciar de forma negativa o processo de recuperação da criança, desgastando a relação e influenciando assim a qualidade de vida da criança e da família (Almeida, Molina, Vieira, Higarashi & Marcon, 2006).

A falta de comunicação pode estar relacionada ao medo frente a alguns procedimentos durante o tratamento:

“Na hora da cirurgia. É o que eu me lembro mais, que ele chorava demais, não queria ir. A parte que eu mais me lembro é isso, chorava muito pra não fazer as cirurgias” (Cuidador 2).

“Eu lembro dela com muito medo. Não podia ver ninguém de branco, que nem quando chegava aqui no curativo, que ela começava a chorar. Entrava em desespero.

gritando, gritando, então todo mundo ficava em pé e olhava, que ela gritava muito. Eu ficava muito nervosa Ela se sentia muito assim, muito retraída, com muito medo de ficar internada” (Cuidador 3).

“Chorava bastante, não colaborava, não me ajudava, né, porque ela também não entende nada” (Cuidador 4).

“Ele ficou muito agressivo, muito irritado, ele se irritava muito com as coisas” (Cuidador 5).

“Principalmente os dias das cirurgias que ela fazia, nesses dias ela ficava bem triste, porque ela sofria bastante” (Cuidador 6).

“Quando ela tava com a traqueo, ela não falava, ela se batia muito, batia no berço, ela era muito ansiosa, mas depois, quando tirou a traqueo, ela ficou melhor, começou a falar, aí como tava fazendo fisioterapia começou a andar, aí foi mais fácil, na brinquedoteca, pra brincar ali, bem mais fácil, esse final de internação” (Cuidador 7).

“Com medo, né, por causa da dor que era muita, ela tinha medo, mas se portou bem o tempo todo” (Cuidador 8).

O relato dos cuidadores demonstra que a maioria das crianças teve algum tipo de reação negativa, como medo e ansiedade frente aos procedimentos hospitalares. Borges e Carvalho (2004) afirmam que crianças entre zero e oito anos reagem aos procedimentos hospitalares da queimadura de forma ansiosa, chorosa, negativa e com agitação motora nos momentos anteriores aos procedimentos dolorosos, como banho e fisioterapia. A faixa etária em questão corresponde à de sete das crianças que participaram do presente estudo, assim, as reações emocionais podem ser consideradas como esperadas. A reação da Criança 3 chama a atenção pois a mesma possuía a idade de 10 anos no momento da hospitalização. Crianças de oito aos 12 anos já possuem recursos cognitivos mais elaborados, é mais participante no processo de recuperação e reabilitação, e é mais sensível com sua aparência (Borges & Carvalho, 2004).

O comportamento da Criança 3 permite reafirmar a importância da comunicação entre profissional de saúde, criança e cuidador, afinal, o caso C3 foi o único em que

tanto a criança como o cuidador alegaram não receber nenhuma informação sobre a cirurgia. O tratamento e a lesão da Criança 3, se comparados com a lesão dos outros participantes no que diz respeito à SCQ, foi muito menor e com grande possibilidade de sobrevida, com necessidade de realização de apenas um procedimento cirúrgico, com dois dias de internação. As características clínicas parecem não corresponder ao medo e à insegurança expressa pela criança durante a internação:

“... com muito medo de ficar internada, ela perguntava sempre “mãe, eu vou morrer?” (Cuidador 3).

A Criança 4 também apresentou reações emocionais diferenciadas ao se pensar na correspondência com a sua idade de nove anos. Diferente do caso C3, a Cuidadora 4 alegou ter sido bem acompanhada pelos profissionais de saúde durante toda a hospitalização. Porém, a mãe afirma que o comportamento da criança se justifica *“porque ela também não entende nada”* (Cuidador 4). Estudo de Gabarra e Crepaldi (2011) enfatiza que o papel dos pais na comunicação indica o intermédio entre as informações médicas e os filhos. Os pais possibilitam clarificar e reiterar as informações transmitidas sobre a doença à criança, para que essa possa assimilar o que o profissional de saúde lhe disse. Dessa forma, acredita-se que o vínculo pode proporcionar uma melhor comunicação e compreensão das informações e, por conseguinte, melhor adaptação da criança ao processo de tratamento.

No caso da Criança 4, como ela não participou de nenhuma conversa com os profissionais de saúde e apoiada na descrença da possibilidade da criança entender os procedimentos hospitalares ou com o intuito de minimizar o sofrimento da criança, a mãe não supriu as necessidades de comunicação sobre as questões do tratamento, o que pode ter gerado medo, insegurança e as reações inesperadas.

Segundo os pais, as crianças 1, 6, 8 e 9 não apresentaram nenhum comportamento característico na internação. Tal aspecto pode ser relacionado com o fato dos respectivos cuidadores relatarem ter tido uma boa comunicação com os profissionais de saúde atendendo então as demandas das crianças.

É importante elucidar que, apesar da possibilidade de categorizar a posição e reação emocional do paciente frente ao tratamento da queimadura a partir da idade, deve-se sempre colocar em primeiro lugar a existência da singularidade e a forma com que cada sujeito vivencia sua dor. Sendo assim, vale resaltar que as reações emocionais,

a adesão e o comprometimento do paciente com sua recuperação depende de sua vivência anterior. Flesler (2012) afirma que, independente da idade cronológica, deve-se ouvir o sujeito, seja criança, adolescente ou adulto, pois o sujeito mais do que idade tem tempos, e ouvindo-os pode-se encontrar as especificidades do sujeito, não havendo necessidade de recorrer a recursos técnicos padronizados.

A criança não é a única a vivenciar a dor durante o processo da queimadura. O cuidador, além de compartilhar os momentos dolorosos ao ver seu filho sofrer, também sofre com a perda de um ente querido, a perda do filho antes perfeito e agora desfigurado:

“Às vezes, infelizmente, eu olho pra ela e via a queimadura e “ai meu Deus, essa não é a minha filha, é outra filha” e eu não sabia como me comportar, foi muito difícil, muito doloroso no começo” (Cuidador 7).

A Tabela 9 apresenta os relatos sobre o apoio recebido pelo cuidador e criança durante a hospitalização.

Tabela 9

Percepção da criança e do cuidador sobre o apoio social recebido na internação

	Criança	Cuidador
C1	Não respondeu	<i>“Meu esposo me ajudou, a madrinha dela, padrinho, a avó, a família”</i>
C2	<i>“Meu pai e minha mãe. E minha vó, e o pastor e minha prima”</i>	<i>“Meu marido, que aparecia quando ele podia, que ele trabalhava”</i>
C3	<i>“Minha mãe”</i>	<i>“Minha mãe”</i>
C4	<i>“Minha mãe, só minha mãe. Eu fiquei dois dias com meu pai e dois dias com a minha tia, só isso”</i>	<i>“Os únicos que me ajudaram foram os enfermeiros, médicos. Que eu fiquei com ela esses 22 dias todinhos, meu marido só veio ficar com ela duas vezes, que ele não podia largar o serviço dele pra vir”</i>
C5	<i>“Meu pai e minha mãe”.</i>	<i>“É, eu revezava com o meu esposo, ele vinha um dia sim e outro não, aí ele vinha dormir com ele e eu ficava com os outros em casa”.</i>
C6	<i>“Meu pai”</i>	<i>“Sim. Minha esposa, minha mãe, minha sogra”</i>
C7	<i>“Minha mãe e meu pai, e minha vó e meu tio”</i>	<i>“Ajudou, a família do pai dela ajudou muito, né, uma amiga também ajudou muito, teve muitas pessoas que ligaram todas muito solidárias, sempre ligou, depois foram fazer</i>

visitas, foi muito bom. Muitas pessoas compartilharam a minha dor”

C8 “*Minha mãe*”

“Não. Ela não quis, também, porque eu não tinha assim, as pessoas mais chegadas que eu conheço trabalham e os parentes que tem ela não quis que ficassem, porque ela sentia dor demais, ela preferia eu pra ficar mais segura perto de mim, junto comigo”

C9 “*Minha mãe...todo mundo lá...minha mãe ficou comigo*”

“Não, só era nós duas mesmo, eu e a mãe dele”

As crianças relataram, em sua maioria, que o apoio social foi oferecido pelo cuidador responsável. A importância do apoio do cuidador se amplia ao considerarmos que são os únicos aspectos familiares no ambiente aversivo da hospitalização, promovendo um contexto de segurança e de individualização para a criança.

Ao serem questionadas sobre momentos especiais com o cuidador durante a internação, três crianças (3, 5 e 6) assinalaram sobre a ajuda recebida dos cuidadores para andar, fazer fisioterapia, além de disponibilizarem tempo integral para ficar ao lado delas. A Criança 4 lembrou do momento que a fazia recordar do ambiente familiar que era a comida trazida pela cuidadora durante a internação, a Criança 8 também enfatizou esse fato como importante durante outro momento da entrevista. Já as crianças 1, 2, 7, 8 e 9 não se recordavam de nada especial, o que pode ser explicado pela idade das crianças as quais tinham entre cinco e seis anos durante a hospitalização.

Alguns cuidadores relataram passar por momentos de muita dificuldade, como o Cuidador 9 que não sabia como cuidar da criança, pois o contato físico era sempre causa de dor. Os cuidadores 1, 3, 6 e 8 relataram que a maior dificuldade da internação foi manter as crianças em repouso para garantir a qualidade da enxertia. O Cuidador 2 relatou que a sua maior dificuldade foi “*ficar preso no hospital sem poder fazer o que gosta e sem receber visitas dos familiares*”. O Cuidador 7 também se referiu a falta de visita e apoio dos familiares como uma das principais dificuldades da internação. Apesar das dificuldades descritas pelos cuidadores, todas as crianças relataram não ter vivenciado nenhum momento ruim com seus cuidadores, enfatizando a qualidade do vínculo entre criança e cuidador, e os mesmos como principal fonte de apoio social. Apenas uma criança (4) relatou ter lembranças do cuidador sofrendo durante a hospitalização.

Os cuidadores que relataram ter apoio disseram que o receberam principalmente

pelas pessoas mais próximas, como os esposos, as mães e pessoas amigas. Amendola et al. (2011) ressaltam a importância de outros familiares participarem e revezarem os cuidados com o paciente, pois o cuidador, por vezes, também é atingido com inúmeras mudanças na rotina, medos e inseguranças. Sendo assim, o apoio ao cuidador se torna essencial para que o mesmo consiga enfrentar a situação. Leite et al. (2012) enfatizam que o cuidado é vivenciado de forma singular por cada indivíduo que compartilha o sofrimento e as expectativas, podendo apresentar preocupação, inquietação e responsabilidade pelo ser cuidado.

A Criança 2 relata ter recebido apoio de várias pessoas o que diverge com o relato de sua cuidadora. É sabido que as pessoas citadas pela criança o visitaram durante a hospitalização, porém o sentimento de apoio não foi reconhecido pela cuidadora.

A falta de apoio ao cuidador pode gerar sobrecarga de ações e responsabilidades e a ausência do apoio pode estar associada aos problemas no relacionamento familiar (Nóbrega, Collet, Silva & Coutinho, 2010). Estudos evidenciam que o isolamento social e a falta de apoio são fatores de risco para o agravamento da doença (Abreu-Rodrigues & Seid, 2008; Angerer, Kothny, Muhlbauer, Mudra & Schacky, 2000; Wang, Mittleman, & Orth-Gomer, 2005). O apoio recebido pela família, amigos e profissionais de saúde é importante para o bem estar da criança, além de reduzir o estresse dos cuidadores (Nóbrega et al. 2010). No caso da Criança 2, ela relata que a mãe e o pai não apresentam um bom relacionamento, o que pode justificar o sentimento de não reconhecimento do apoio da família e do marido pelo Cuidador 2.

Apenas o Cuidador 4 relatou apoio recebido dos profissionais de saúde. A relação entre os profissionais de saúde e cuidador, os cuidados práticos com a criança e orientações sobre a doença não foram consideradas apoio social. Sempre quando questionados sobre a ajuda recebida durante a hospitalização, oito dos nove cuidadores se referiram ao apoio e à presença de parentes e amigos fora do ambiente hospitalar. Tal fato pode corresponder ao distanciamento da relação entre os profissionais de saúde e paciente, demonstrando a necessidade de uma nova postura dos profissionais. Além do suporte técnico, os profissionais de saúde necessitam estar abertos à realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar junto estratégias que facilitem a adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença (Caprara & Rodrigues, 2004; Assunção, 2013). Ademais, a ênfase em relação ao apoio dos familiares e amigos pode corresponder ao fato de que a presença dos entes queridos demonstra ser um ponto de

maior alívio para enfrentar as dificuldades do acompanhamento de crianças adoecidas no tocante à sobrecarga dos afazeres diários e da rotina na hospitalização. Stubbs et al. (2011) afirmam que os pais que foram mais bem apoiados por seus amigos, familiares e comunidades eram mais capazes de lidar com a adaptação dos seus papéis e de aprender novas habilidades.

As dificuldades enfrentadas pela criança e cuidadores podem interferir, por vezes, nessa relação. A percepção da criança e do cuidador sobre as mudanças em sua relação após a queimadura e a forma como a família se adaptou às novas necessidades e limitações da criança e do cuidador após a alta hospitalar são apresentadas na Tabela 10. A Tabela 10 apresenta a categoria Relação criança, cuidador e familiares após queimadura que inclui relatos sobre as mudanças na relação após a alta hospitalar e aborda como a família se adaptou às novas necessidades e limitações da criança:

Tabela 10

Relação criança cuidador e familiares pós queimadura

	Criança	Cuidador
C1	<i>“É assim, a X não gosta de mim. E eu fico abraçando ela pra ela gostar de mim. Porque eu fico só abraçando ela, fico agarrando, fico abraçando pra tentar se ela gosta de mim”</i>	<i>“Minha relação com ela tá mais do que ótima, porque eu sempre procuro dá mais atenção pra ela, aí depois que aconteceu isso, aí, então digamos assim, o cuidado se redobrou.... Assim, os avós paternos, principalmente a avó, que às vezes eu sinto que têm vergonha de sair com ela, da queimadura dela. Assim, evita de querer sair, porque eles falam assim: “Ah, fica todo mundo olhando pra ela, desse jeito eu não gosto de sair, de ficarem olhando”</i>
C2	<i>“Ah eles brigam pra caramba!”</i>	<i>“Pra mim, não mudou nada. Eu tô bem próxima, tive que parar de trabalhar e fiquei mais presente que ele. Todo mundo tratou normal. Até acolhe ele, do mesmo jeito, ficou todo mundo como se fosse a mesma coisa”</i>
C3	<i>“Normal, como sempre. Minha vó queria muito que eu tirasse a malha”</i>	<i>“Ah, hoje em dia tá muito bem, porque hoje em dia ela já tá mocinha, já entende, conversa bastante sobre isso, mas mudou bastante... Nossa, mudou tudo, porque agora que ela começou a brincar com a mão dela, mas primeiro foi difícil, porque machucava, e o irmão é menor, então magoava muito ela. E ela não dormia também”</i>
C4	<i>“Com meu pai e com a minha mãe e com a minhas irmãs está tudo bem, mas meus primos, assim, eles não se acostumaram comigo”</i>	<i>“Mais ou menos. Não tá bem, não. Mudou. Mudou muito, muito, muito, muito. Mudou porque ela se fechou, né. Tudo que você fala com ela é ignorância, ela fica nervosa, ela não quer falar, entendeu? Tudo que você quer falar ela chora, fica nervosa, que ela não quer fazer, entendeu? Praticamente mudou tudo. Acho que a relação com a irmã dela mudou bastante também”.</i>

- C5 “Bem” *“Hoje tá tranquila. tá mais tranqüilo sim, não parece que ele passou por aquele processo todo. Não, só mesmo no início, que a gente ficou mais assim, fazendo as vontades dele, aí quando a gente percebeu que ele já tava tipo explorando, aí voltou tudo ao normal”*
- C6 “Tá ótimo, todo mundo respeita, todo mundo já sabe, né? Assim, sobre isso tudo. Eles estavam comigo, né, na festa, então” *“Boa. Muito boa, nós procuramos estar mais próximos, dar mais carinho a ela do que aquilo que ela precisa. Não mudou nada, muito pelo contrário”*
- C7 “É muito bom. Meu pai e minha mãe brinca comigo” *“Ah, é boa, só que ela é uma criança muito hiperativa, é uma criança muito pirracenta. Tem vezes que é difícil, não tanto pela queimadura, que é tranqüilo, né, ela continuou sendo levada como era antes, continua alegre, ela é uma criança muito alegre. No fundo, no fundo eu acho que a família disfarça, mas ela tem preconceito, eles fazem uma certa pressão, uma certa ansiedade, que a Criança 1 tivesse uma cirurgia plástica no rosto, a gente percebe isso”*
- C8 “Não tenho mais pai, ele morreu ano passado” *“Tá ótima, nós temos uma relação ótima, ela é muito apegada comigo. Tanto que quando tava no hospital ela não aceitou outra pessoa. Não mudou nada”*
- C9 “Minha mãe não gosta do meu pai não. Por que ele envolve com droga. Não sei” *“Nossa, tá muito bom, porque ele é muito carinhoso, muito amoroso, e ele é muito inteligente. Ele me dá tanta força, assim, eu não queria jamais que isso acontecesse com ele e nem com ninguém, mas eu aprendi muita coisa com ele. Ele me ensinou, ele tá me ensinando muita coisa”*

Todas as crianças após a alta hospitalar voltaram diretamente para as suas casas. Tal ocasião foi anunciada por cuidadores e crianças como um alívio, momento de felicidade e milagre por tudo ter ocorrido bem, principalmente nos casos das crianças 1 e 6, as quais tiveram alta uma no dia do aniversário e outra no natal. Apenas a Cuidadora 3 relatou o retorno para casa como terrível, pois a mesma descreveu não saber cuidar da criança e nem como lidar com o filho mais novo. A Cuidadora 7 relatou ter sentido um misto de alegria e desespero, pois tinha medo de como os vizinhos iam se reportar à criança, o que a fez mudar de casa tempos depois. Relatos como os das cuidadoras 3 e 7 também foram encontrados no estudo de Oliveira et al. (2009).

As crianças 1, 2, 8 e 9 destacaram conflitos nas relações familiares que enfrentavam no momento, como a rejeição dos irmãos, conflitos na relação parental, a morte recente do pai e o envolvimento paterno com drogas ilícitas, respectivamente. Tais relações estavam em evidência demonstrando que duas crianças passavam por um momento de repercussão da queimadura no contexto familiar e as outras duas por

condições relacionadas ao curso de vida.

Quando questionados sobre os olhares que a criança queimada atrai ao andar pela rua, quatro cuidadores (1, 4, 7 e 9) relataram ter dificuldades com a identificação de sentimentos de desprezo por parte das pessoas, o que gerava raiva e tristeza nos cuidadores, com comportamento de evitação. As crianças 3, 5 e 6 disseram não reparar se as pessoas olham ou não para elas. Já a Criança 1 compreende os olhares como sentimento de pena *“eles tem dó de mim”*. O Cuidador 6 e a Criança 8 atribuem os olhares à curiosidade das outras pessoas por nunca terem visto uma queimadura antes.

A forma como cuidadores e crianças percebem a aparência após a queimadura refletiu nas relações familiares. A Criança 1 tem dificuldades de relacionamento com os irmãos, o que foi influenciado pela posição da mãe frente à queimadura ao se dedicar e priorizar a criança queimada em detrimento dos irmãos, os quais expressam rejeição pela criança:

“Embora ela não fale, eu acho que ela se sente inferior aos outros. diferente dos outros. Que ela é muito vaidosa, então eu acho que ela se cobre nisso, na vaidade dela, de querer se maquiar. Então eu acho que ela fica normal, mas que no fundo ela se sente assim, diferente, inferior” (Cuidador 1).

Os avós também apresentam dificuldade de lidar com a Criança 1:

“Assim, os avós paternos, principalmente a avó, que às vezes eu sinto que têm vergonha de sair com ela, da queimadura dela. Por mais que tenha melhorado, depois que ela ficou assim diminuiu a atenção com ela. Assim, evita de querer sair, porque eles falam assim: “Ah, fica todo mundo olhando pra ela, desse jeito eu não gosto de sair, de ficarem olhando”. Então, mudou assim, em relação a isso (Cuidador 1).

Tal dado coincide com a afirmação de Chiattonne (2003) onde o cuidador, como um dos principais responsáveis pela família, transmite além das especificidades do tratamento os seus medos, inseguranças e percepções sobre a criança queimada. Tais informações podem influenciar a relação entre a criança e seus familiares, irmãos, tios e primos. No caso da Criança 1 as próprias inseguranças do cuidador com relação à aparência da criança podem ter influenciado a percepção dos familiares:

“Eu me preocupei principalmente com o rosto dela. Que eu dizia assim pra

Deus, que poderia ter coisado qualquer parte do corpo dela, menos o rosto. Então assim, no momento eu me preocupei mais com ela. Somente com o rosto dela” (Cuidador 1).

É importante elucidar que, apesar da Criança 1 ter dificuldades de relacionamento com seus familiares no que diz respeito a sua aparência, durante todo o relato da criança e do cuidador, não houve nenhuma outra dificuldade ou comportamento relatado que se destacasse como prejudicial ao seu desenvolvimento. O relato da mãe é de que a criança apresentava um bom desenvolvimento escolar e facilidade de se relacionar.

Assim, como no caso C1, o Cuidador 7 relata preconceito em relação à aparência da criança, porém o mesmo é desacreditado pela criança ao alegar que a relação familiar é muito boa. Tal fato pode estar relacionado pela queimadura ser considerada um assunto velado e proibido pela família.

“Eu falei que ela tinha queimado o rosto e só, mas que ela continuava linda, e que eu amava ela do mesmo jeito. Assim, na verdade eu gostaria muito é que ela tivesse a oportunidade de um dia reconstituir o rosto dela. Pra ela não faz diferença, mas pra mim, eu vou te dizer a verdade, me incomoda a aparência dela” (Cuidador 7).

No caso da Criança 7 há uma rejeição velada da criança, por parte do cuidador e familiares, porém ninguém expõe explicitamente o preconceito. A criança é vestida como uma princesa, com roupas e acessórios lúdicos. Nesse caso, a maquiagem é feita pelos próprios cuidadores que buscam minimizar o impacto da aparência. Apesar da dificuldade em lidar com as sequelas da criança, a cuidadora afirma que não reconheceu nenhuma mudança no comportamento da criança após a queimadura:

“Ela não mudou nada, normal, vai pra escola, eu levo e busco todos os dias, chega em casa à tarde e vai brincar, se relaciona muito bem com as outras crianças” (Cuidador 7).

A Criança 7 foi acompanhada por psicólogos desde a internação até o momento da coleta de dados e esse acompanhamento pode ter proporcionado o espaço de escuta atendendo assim suas demandas e facilitando o processo de hospitalização e a reinserção social. A criança tem facilidade em se comunicar e em fazer novas amizades.

É importante lembrar que as intervenções psicológicas focadas na reabilitação devem respeitar o desenvolvimento infantil. O atendimento não deve ser restrito apenas ao paciente, mas a todo o contexto desde a estrutura ambiental da hospitalização e o cuidado aos cuidadores. Tais fatores contribuem para um melhor enfrentamento da hospitalização e processo de reabilitação (Amaral, 2001; Oliveira et al., 2011).

Assim, os aspectos referentes à aparência devem sofrer intervenções de acordo com a demanda da criança e ser trabalhados em seu tempo. A Criança 7 no momento da pesquisa não apresentou queixas em relação a sua aparência, mas não podemos ignorar que estava em acompanhamento psicológico e tal questão pode já ter sido foco de intervenção. Esse caso chama atenção para a necessidade do acompanhamento psicológico também para cuidadores. A Cuidadora 7 relata que além de ter dificuldades em lidar com a aparência de sua filha, sofre pressão por parte do esposo e família paterna em relação à possibilidade da reconstituição facial.

A Criança 4 também sofre preconceito e denuncia dificuldade de relacionamento com os primos e com os colegas da escola. Assim como a Criança 1 e 7, a 4 também sofreu lesões na face.

“Mas meus primos, assim, eles não se acostumaram comigo. A coisa mais divertida que eu fazia na escola era dançar. Tinha vez que, antes quando eu não tinha me queimado e tinha quadrilha, eu arrumava um parceiro em qualquer lugar e, agora, é muito difícil eu arranjar um parceiro. Se eu tivesse estudando na mesma escola que eu tava, ninguém não tava ligando pra isso”(Criança 4).

Em estudos de Stubbs et al., (2011) foram analisados resultados de crianças que sofreram lesões na face em comparação com crianças com queimaduras também no rosto, mas em graus diferentes e ainda crianças que foram queimadas em outros locais do corpo. Foi constatado que crianças com lesões na face parecem ter mais dificuldades psicossociais que as outras crianças. A queimadura grave no rosto influencia a qualidade de vida em crianças, interferindo em suas relações psicossociais, como nos casos 1, 4 e 7.

Durante a reabilitação da seqüela a Criança 3 se apresenta mais comunicativa e com reações mais esperadas referente a sua idade, no que diz respeito à preocupação com a estética:

“Ela só fala assim, que não quer que ninguém veja. Quando ela toma banho eu até falo “abre a porta do banheiro” e ela “não, mãe”, ainda mais se chegar alguém lá. Ela não sai do banheiro se tiver alguém lá. Ela coloca primeiro a malha, ela não sai de toalha”(Cuidador 3).

Pode-se inferir que a vergonha da criança está muito ligada à percepção da mãe sobre o aspecto da queimadura. Como Celes e Zavaroni (2008) descrevem, o cuidador principalmente aquele que possui vínculo com a criança, a mãe, oferece representações do adoecer que se inserem na constituição psíquica da criança. Ainda na internação, a mãe enfatizava a preocupação com a aparência da sequela e acreditava que a criança percebia da mesma forma. Com o passar do tempo a fala da criança se apresenta como um alívio para mãe, o que influencia a relação das duas:

“Acho que o mais incomodava era que alguém olhasse pra ela, que tem gente que olha com preconceito, até mesmo quando ela tava com a perna toda enfaixada na internação. Ah, hoje em dia tá muito bem, porque hoje em dia ela já tá mocinha, já entende, conversa bastante sobre isso, mas mudou bastante.” (Cuidador 3)

A partir do momento que a Criança 3 passa a ter voz, a sua principal queixa com relação à queimadura coincide com as expectativas da mãe durante a internação. A mãe reforça ainda hoje a preocupação com a aparência da filha interpretando o comportamento de algumas amigas. É importante relembrar que a queimadura da Criança 3 foi atrás da perna e a SCQ foi 8%, sendo assim, além de ficar em um lugar de difícil visualização, a sequela não apresentou contraturas e nem perda de funcionalidade, apresentando-se como uma cicatriz hipertrófica.

“Antes ela brincava mais. Agora eu vejo que algumas, não todas, mas algumas, assim, a gente vê aquele olhar. Não fala, mas a gente vê que algumas amiguinhas ficam com um pouco de preconceito” (Cuidador 3).

Tal afirmativa corrobora com a percepção da mãe focada na aparência da filha o que reforça ainda mais a dificuldade da criança assumir suas sequelas, já que apesar da autorização da fala da criança a mãe impôs sua percepção.

O caso C3 evidencia que, apesar do estudo de Stubbs et al., (2011) afirmar que a

queimadura grave no rosto influencia a qualidade de vida em crianças, existem outras variáveis que podem interferir na percepção sobre as sequelas da queimadura, confirmadas pelo estudo de Willebrand et al. (2011) o qual demonstra que alguns fatores familiares são mais importantes do que características específicas da lesão e do tratamento. Os autores elucidam que a saúde dos pais é um fator de risco para a adaptação da criança, indicando acarretar problemas psicológicos na criança após queimaduras, enfatizando mais uma vez a importância de um programa de cuidado e apoio ao cuidador.

Os relatos dos participantes da pesquisa permitiram compreender que o cuidador e os familiares exercem influência sobre a percepção da criança queimada a respeito de si mesma durante o processo de reabilitação influenciando sua reinserção social, principalmente no que diz respeito à posição da criança frente a sua imagem corporal. Entretanto, fica claro que outros fatores como a equipe de saúde e o acompanhamento psicológico podem funcionar possibilitam compreender e dar sentido a todas as mudanças decorrentes da queimadura. O cuidador também se sente desamparado frente à perda do filho perfeito e o medo iminente da morte configurando, dessa forma, uma desorganização psíquica e o desamparo, exigindo também acompanhamento para escuta e fala para que o mesmo se sinta apto e deslumbre a possibilidade de continuidade da relação com a criança queimada e adaptação às mudanças exigidas pela queimadura.

Outro fator que foi inferido é a posição do profissional de saúde no acompanhamento da criança queimada, o qual não deve apenas conhecer sobre o desenvolvimento infantil e incluir o cuidador nos cuidados ao paciente queimado, como também deve ser acompanhado emocionalmente, pois lidar com a dor e a morte todos os dias em diferentes casos pode suscitar reações emocionais diversas. Segundo Testa (2007), o atendimento ao paciente queimado não é uma tarefa simples principalmente pela dificuldade que esbarra no cuidar e ao mesmo tempo gerar dor ao paciente. Assim, vale mencionar, a importância de se fazer valer a política de humanização SUS onde a humanização é uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da troca de saberes, através do trabalho em equipes multiprofissionais, na identificação das necessidades, desejos e interesses de todos os envolvidos. Gestores, trabalhadores e usuários devem ser sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (Brasil, 2010).

4.4. Aspectos gerais do desenvolvimento da criança e da percepção de sua imagem corporal

O desenho é uma atividade lúdica que permite à criança se expressar por meio da grafia a sua vivência emocional e social, o desenho também permite compreender a forma da criança lidar com as dificuldades (Rezende, Brito, Malta, Schall & Modena, 2009)

A análise dos desenhos feitos pelas crianças buscou compreender suas percepções com relação à imagem corporal e traços que pudessem permitir inferir o estado de desenvolvimento da criança durante a sua reabilitação. É importante esclarecer que não foram feitas perguntas sobre os desenhos para as crianças, já que elas tinham acabado de falar sobre todo o processo da queimadura na entrevista. O intuito era identificar, por meio dos desenhos, aspectos não ditos pelas crianças e proporcionar espaço para tal manifestação. Foi solicitado que as crianças fizessem dois desenhos: o primeiro relativo ao seu próprio corpo e o segundo a um tema livre.

Foram priorizadas para análise do desenho livre a cor, localização no papel e tamanho da figura (Van Kolck, 1981; Campos, 1982). Aspectos mais específicos foram incluídos a depender do desenho apresentado pela criança. Para a análise do desenho de si foram utilizados os critérios estabelecidos por Wechsler (2007): a presença de partes definidas do corpo (cabeça, cabelo, olhos, nariz, boca, pescoço, rosto, mãos, braços, ombros, pernas, pés, tronco, quadril e vestimenta).

Quando vistos como um grupo, os nove desenhos livres não indicaram nenhuma referência diretamente relacionada ao hospital e/ou aos momentos da internação. Tal ausência pode sugerir uma resistência/ negação ou refletir o momento atual vivenciado pelas crianças que é o de adaptação familiar e reinserção social, não centrados na instituição.

Segundo Van Kolck (1981) a cor equivale à expressão de afetividade, principalmente no que se refere à quantidade do colorido, ou seja, ao número de cores diferentes, uso de tons claros ou escuros, além da mistura de cores para produção de nuances. Numa análise global, observa-se que o número e as cores se repetem nos dois desenhos de cada criança. Como o uso do papel e o tamanho das figuras variaram para cada criança, tal análise será feita de forma individual.

A distribuição dos elementos desenhados pela Criança 1 (Figura 1) sugere que ela é bem detalhista e organizada. Segundo Van Kolck (1981) a predominância de cores como o vermelho e o amarelo está ligada a crianças mais extrovertidas e sociáveis, o

que coincide com os relatos da cuidadora e da própria criança no que diz respeito a sua facilidade de comunicação e de relacionamento com seus colegas. O desenho ao se localizar no meio da página pode representar segundo Campos (1982) a expressão de uma pessoa socialmente ajustada e autocentrada. Contudo, o distanciamento entre a linha representativa do solo e a pessoa desenhada pode refletir uma dificuldade de contato da criança com sua realidade. O tamanho das figuras reflete aspectos relacionados à fantasia. A integração desses dados permite afirmar que a criança está reagindo à pressão ambiental.

No desenho de si, observa-se a presença de quase todos os elementos pontuados por Wechsler (2007). Não há nariz e o braço e a perna esquerda são mais finos do que os membros respectivos do lado direito. Importante lembrar que a queimadura da criança ocorreu predominantemente no lado esquerdo.



Figura 1-Criança 1.

No que diz respeito ao desenho de tema livre da Criança 2 (Figura 2), o uso das cores azul e amarelo é apontado por Campos (1982) como indício de conflitos e desejo de afirmação. A localização do desenho na página está predominante à direita o que pode ser compreendido como comportamento controlado, desejando satisfazer suas necessidades e impulsos. O tamanho grande das figuras corresponde à imersão na fantasia, o que é confirmado pela representação das figuras do carro e da casa desproporcionais e inacabadas. A porta muito pequena em relação à casa reflete uma relutância em estabelecer contato com o ambiente, evidenciando retraimento no intercâmbio pessoal (Campos, 1982). A Criança 2 foi a única criança que desenhou algo que possa ser relacionado à queimadura (a fumaça saindo da chaminé).

No desenho de si, a Criança 2 apresenta a falta de partes do corpo. A falta dos

ombros pode representar um mecanismo de compensação. A falta de pernas e pés está associada a conflitos e dificuldades, e a sua omissão pode se referir a dificuldades de contato e sentimentos de menos valia (Campos, 1982). Outra característica do desenho de si da Criança 2 que chama a atenção é o tamanho exagerado da cabeça em relação ao corpo o que segundo Campos (1982) pode representar a criança envolta por seu narcisismo, momento de egocentricidade, o que corresponderia à vivência de uma fantasia maior do que a capacidade de realização.

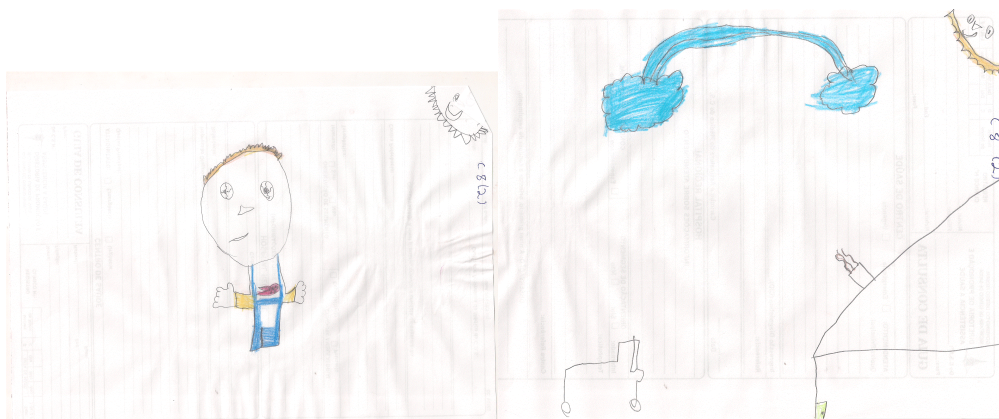


Figura 2- Criança 2.

As principais cores utilizadas no desenho da Criança 3 (Figura 3) foram o vermelho e o amarelo e estão ligadas a crianças mais extrovertidas e sociáveis, o azul pode representar inibição. Tais inferências corroboram com os relatos da criança e do cuidador no que diz respeito à adaptação da criança à sequela de queimadura, que foi descrita por sentimentos de vergonha e retraimento. A localização dos dois desenhos na folha, descentralizados no canto esquerdo, pode indicar fuga, desajuste do indivíduo ao ambiente, além de inibição e introversão. O tamanho pequeno dos desenhos pode indicar inibição da personalidade, timidez e sentimento de inferioridade. Tais características podem estar relacionadas à dificuldade de comunicação da criança ressaltada durante a entrevista

No que diz respeito ao desenho de si observa-se a presença de todos os elementos pontuados por Wechsler (2007). No entanto, características do desenho como o formato do olho representado por dois traços pode revelar introversão e não aceitação do meio, além de imaturidade afetiva.



Figura 3-Criança 3.

As cores predominantes no desenho da Criança 4 (Figura 4) foram cores frias, como, azul, verde, marrom e roxo. As crianças que optam por cores frias tendem a apresentar comportamento controlado e adaptativo e reprimem seus sentimentos, afetos e emoções (Van Kolck, 1981). No que diz respeito ao tamanho das figuras a casa pode ser considerada grande ao comparar com todo o desenho, o que corresponde à fantasia. A casa com jardim pode representar a expressão sexual feminina, o que equivale a sua faixa etária de 10 anos. A fechadura na porta sugere aspectos defensivos e medo do perigo externo e a porta fechada pode representar autodefesa e aspectos de regressão (Campos, 1982). Tais indícios podem ser relacionados à posição que a cuidadora coloca à criança, aquela que não entende nada e, portanto, regredida. No tocante ao desenho de si, a localização abaixo mas quase no centro representa desajuste e debilidade física. A criança desenha quase todos os aspectos pontuados por Wechsler (2007) menos o nariz. Essa omissão para Campos (1982) sugere um temor de castração, mesmo nos desenhos realizados por mulheres. A disposição dos pés, cada um virado para um lado, corresponde à indecisão e ambivalência de comportamento. Chama atenção o fato da criança incluir outros elementos em sua produção como nuvens e sol com animismo, chuva e estar envolta em um coração. A sua nomeação dentro do coração, um espaço limitado, pode fazer referência ao narcisismo, a imagem ilusória oferecida pela relação com o outro, o que sugere também a sua posição no registro do Imaginário. Essa situação ainda aos 10 anos pode ser uma regressão ou fixação devido ao evento da queimadura, porém não se deve deixar de lado a vivência e a relação entre criança e cuidador anterior a queimadura.

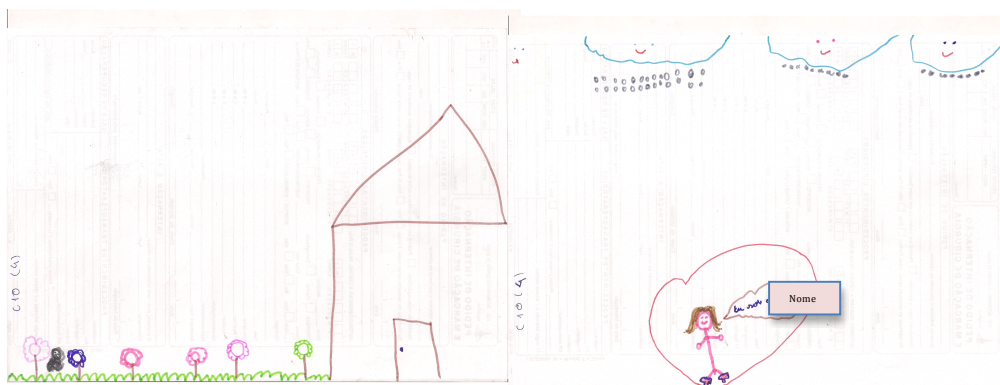


Figura 4- Criança 4.

A predominância das cores frias no desenho livre da Criança 5 (Figura 5) como, azul, verde, marrom e preto, corresponde a crianças com comportamento controlado e adaptativo, sugerindo criança que tendem a reprimir seus sentimentos, afetos e emoções. A cor azul sugere características de uma pessoa policiada, o verde sugere sociabilidade e capacidade de contato, o marrom, representa força da estrutura egóica, independência e preservação emocional. O laranja, a única cor quente em destaque, sugere o desejo de conseguir algo e se valorizar (Van Kolck,1981). O desenho de tema livre está bem distribuído e centralizado, o que refere-se ao sentimento de expansão e ambições que serão alcançadas (Campos, 1982). A Criança 5 fez uso de todo o papel em seu tema livre, com movimentos excessivos de e acordo com a classificação de Campos (1982) o que representa necessidade de comunicação. O tronco da árvore quando desenhado reto e proporcional à copa corresponde à evolução normal da personalidade (Campos,1982).

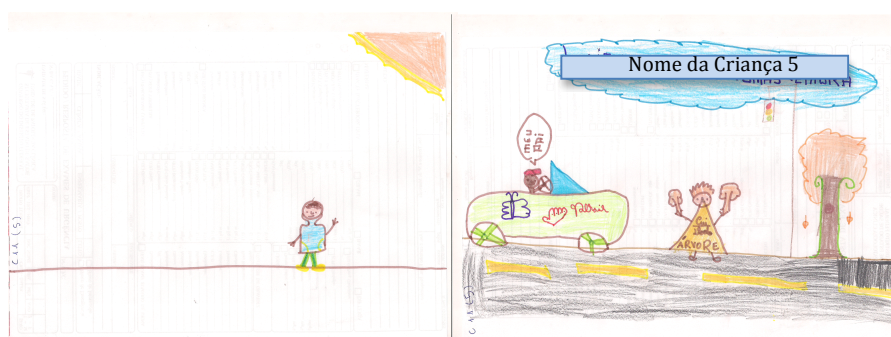


Figura 5- Criança 5

As principais cores utilizadas pela Criança 6 (Figura 6) no desenho de tema livre é a combinação entre azul e amarelo, a qual é apontada como indicio de conflitos e

desejo de afirmação. Além disso, a superposição de cores traduz um conflito na relação com o ambiente. O desenho livre da Criança 6 ocupa praticamente toda a folha e por estar centralizado refere-se ao sentimento de expansão e ambições que serão alcançadas. Segundo Campos (1982), o sol pode representar o simbolismo paterno, o que coincide com a relação entre criança e seu pai como cuidador principal, anterior e posterior à queimadura. Em relação ao desenho de si, a criança desenhou apenas a cabeça o que pode representar censura ao seu próprio corpo. A combinação do vermelho e preto utilizada no desenho de si corresponde à auto agressividade. O cabelo em caracol pode significar repressão sexual. Os olhos bem desenhados com características femininas representam a busca de afirmação sexual. O desenho da boca em formato de arco e a língua também inferem aspectos relacionados à sexualidade (Campos, 1982; Van Kolck, 1981). Tais características encontradas podem compreender a busca de se posicionar como sujeito, um jeito de ser, o que corresponde à fase de transição da infância para a adolescência vivenciada pela criança, pois durante a realização dos desenhos estava com 11 anos de idade. As sequelas da queimadura podem contrapor esse momento em que as mudanças corporais e a sexuais são tão importantes, censurando assim seu próprio corpo.

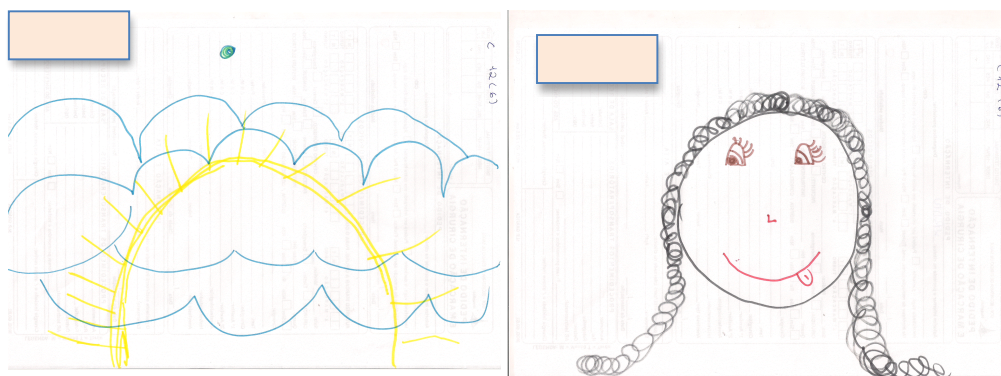


Figura 6- Criança 6

As duas cores utilizadas no desenho da Criança 7 (Figura 7) foram o vermelho que representa a vivência de uma fase impulsiva, que normalmente equivale a comportamentos infantis destituídos de autocrítica, caracterizando a fase da infância, e o verde que sugere sociabilidade e capacidade de contato (Campos, 1982; Van Kolck, 1981). A localização centralizada dos dois desenhos indica pessoas ajustadas, autodirigidas e autocentradas. O tamanho da flor expressa fantasia e como esta bem centrado indica ambições que serão alcançadas.

O desenho de si é representado com a omissão do nariz e pés. Como já

apontado na análise da Figura 4, a omissão do nariz segundo Campos (1982) sugere um temor de castração, mesmo nos desenhos realizados por mulheres. A falta dos pés também chama atenção, pois é correspondente à fonte de conflito e dificuldades, a sua omissão pode se referir à dificuldade de contato, sentimento de menos valia (Campos, 1982). A boca representada apenas por um traço corresponde à introversão por rejeição do ambiente. Os braços em horizontal e de forma mecânica, em ângulo reto com a linha do corpo, aparecem normalmente em desenhos simples e regressivos, refletindo contato superficial e não afetivo (Campos, 1982). A Criança 7 apresentou sequelas que chegaram à deformação da face e das mãos e os pais passaram a disfarçar as cicatrizes, chamando a atenção para as roupas e acessórios da criança. No entanto, o seu desenho é destituído de características femininas e bem menor quando comparado com o do tema livre.

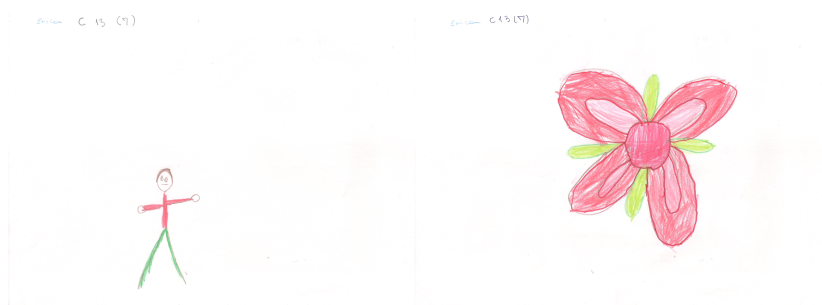


Figura 7- Criança 7

No desenho da Criança 8 há predominância das cores frias no desenho livre como, azul, verde, marrom e preto, corresponde à crianças com comportamento controlado e adaptativo, sugerindo criança que tendem a reprimir seus sentimentos, afetos e emoções. O desenho se localiza no centro da página o que indica pessoas ajustadas, autodirigidas e autocentradas. O tamanho das figuras em tamanho grande, representa a fantasia e ambições que serão alcançadas (Campos, 1982).

O desenho de si da Criança 8 chama atenção para o vazio dos olhos, além da ausência do corpo. Os olhos vazios correspondem à recusa de enfrentar a realidade. O desenho apenas da cabeça pode representar censura ao próprio corpo (Campos, 1982). Criança e cuidador negam que se importam com as sequelas da queimadura, porém o desenho denuncia a dificuldade de enxergar e lidar com o que aconteceu e com a imagem de seu corpo, demonstrando que a vivência não foi trabalhada, apenas negada como defesa. Nos relatos, tanto da criança como da mãe, percebemos a omissão da preocupação com a aparência e com os aspectos difíceis do processo de recuperação,

apenas a dor é realçada. As respostas da criança são sempre iniciadas com “acho que não ...”.

“Acho que não, acho que a cicatriz não me incomoda, não coça, não doi”.
(Criança 8).

“Acho que não...acho que não deixei de fazer nada depois que me queimei não”.
(Criança 8).

“Agora, a gente não tem nenhuma dificuldade não. Tem a sequela, né, mas o médico disse que com o tempo diminui. Mas se não sair, também, é só cicatriz, só manchas, ela não teve nada” (Cuidador 8).



Figura 8- Criança 8

A Criança 9 não utiliza cores em seu desenho (Figura 9), apenas para colorir seu próprio nome, que foi suprimido de forma a garantir a confidencialidade. A centralização do desenho pode representar pessoas ajustadas, autodirigidas e autocentradas. A Criança 9 apresenta em seu desenho livre a presença de pares. As figuras são duplicadas, porém cada uma com seus contrapontos (homem/mulher, grande/pequeno). Chama atenção uma flor isolada em cima de uma das árvores. A omissão do nariz, presente em todas as figuras humanas, pode representar um temor de castração. Os olhos representados por pontos correspondem a aspectos regressivos na

maturidade afetiva (Campos, 1982). As representações das figuras humanas nos dois desenhos estão distantes da linha do solo, tal fato indica afastamento da realidade e grande fantasia. Tais características podem demonstrar a forma como a criança tenta lidar com o distanciamento da mãe, buscando na fantasia recurso para administrar a falta.

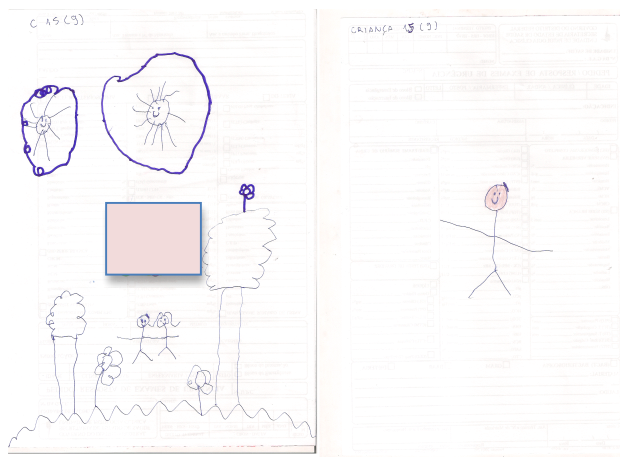


Figura 9- Criança 9

De forma geral, os desenhos permitiram identificar alguns sentimentos infantis principalmente quando relacionados com a entrevista realizada antes da atividade lúdica. Algumas questões referentes à negação da queimadura, busca por afeto e reconhecimento foram inferidas dos desenhos e, em alguns casos, não tinham aparecido na fala da criança ou cuidador. Três crianças das cinco que sofreram lesão acima de 20% da SCQ (4, 7 e 9) apresentaram em seus auto desenhos pobreza de detalhes e cores anunciando a dificuldade da representação da imagem corporal, a qual pode remeter principalmente à queimadura e à desconfiguração do corpo, expressando a dificuldade da criança em lidar com sua aparência e o reconhecer-se.

4.5. Presença de sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático

4.5.1. TEPT nos cuidadores

De acordo com os parâmetros de análise do CAPS, quatro cuidadores (1, 4, 7 e 9) preencheram todos os critérios para o diagnóstico de TEPT (Critério B: revivência do evento traumático; Critério C: esquiva persistente de estímulos; Critério D: sintomas persistentes de aumento da excitabilidade) tanto no que diz respeito aos sintomas atuais quanto aos do passado. Três cuidadores (2, 3 e 5) apresentaram diagnóstico parcial ao

preencher os critérios B e D, atuais e do passado. O Cuidador 6 apresentou apenas sintomas correspondentes ao critério B, atuais e do passado. O Cuidador 8 preencheu o critério D, atuais e do passado. Os critérios B e C só foram preenchidos em relação a sintomas passados.

A Figura 10 apresenta a pontuação dos sintomas atuais e passados. Para cada critério atingido foi atribuído um ponto e mais um ponto para cada Característica Associada listada, conforme orientações para correção do instrumento:

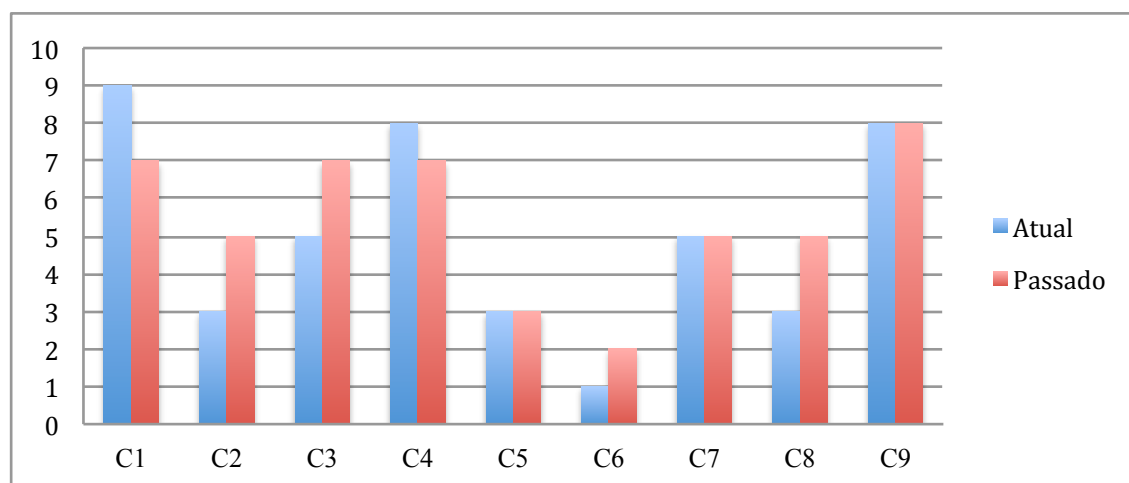


Figura 10 – Sintomas atuais de TEPT e no passado dos cuidadores

Os cuidadores 5, 7 e 9 apresentaram o mesmo número de sintomas atuais e no passado. Os cuidadores 1 e 4 aumentaram o número de sintomas com o passar do tempo apresentando mais sintomas atuais e os cuidadores 2, 3, 6 e 8 diminuíram os sintomas ao longo do tempo. Os cuidadores que atingiram o diagnóstico de TEPT (1, 4, 7 e 9) estavam entre um a dois anos do evento da queimadura. Tais dados coincidem com o estudo de Bakker et al. (2012), o qual constatou que os escores médios totais de estresse nas mães diminuíram significativamente de 23,83% no primeiro ano para 12,50% após 11 anos do evento da queimadura, o que pode indicar uma progressiva diminuição dos sintomas de TEPT, na medida em que o cuidador se adapta às novas necessidades da criança. Os cuidadores com mais tempo de queimadura (6 e 8) não apresentavam sintomas suficientes para o enquadramento no diagnóstico completo ou parcial de TEPT.

Os cuidadores 1 e 4, que aumentaram o número de sintomas com o decorrer do tempo, pontuaram com maior intensidade e frequência o sentimento de culpa no critério de Características Associadas. Tal sentimento também foi confirmado pelos cuidadores

7 e 9, os quais mantiveram seu nível de estresse ao longo do tempo. Segundo Bakker et al. (2012), mães que se sentiram culpadas apresentam escores mais elevados de estresse mesmo após 11 anos do evento da queimadura. O sentimento de tristeza e depressão também acompanhou todos os cuidadores que afirmaram sentir culpa. Os cuidadores 1, 4, 7 e 9 foram os que apresentaram diagnóstico completo de TEPT e também aqueles que durante a entrevista denunciaram sentir mais incômodo com a aparência das crianças e a forma como as mesmas atraíam olhares na rua.

4.5.2. TEPT nas crianças

As crianças 4, 5 e 9 apresentaram diagnóstico de TEPT. A Criança 1 apresenta diagnóstico parcial de TEPT. As crianças 2, 3, 6, 7 e 8 não atingiram a quantidade de sintomas que definem o diagnóstico completo ou parcial de TEPT, porém, mesmo assim, apresentaram alguns sintomas conforme expresso na Figura 11.

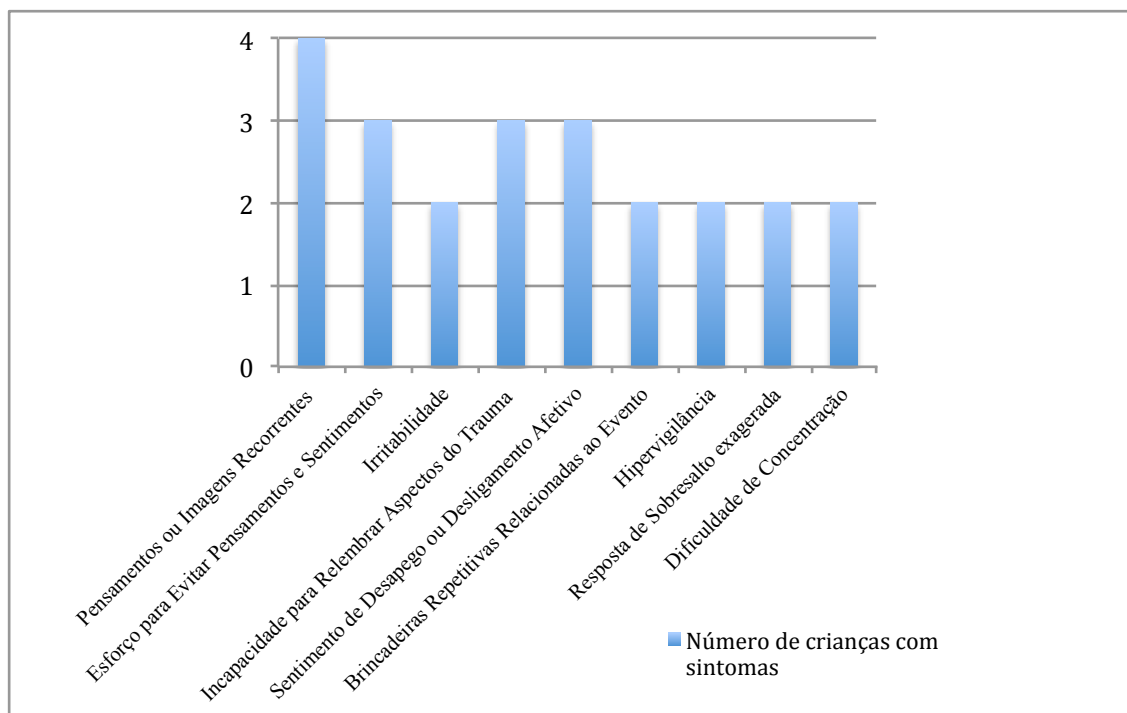


Figura 11 - Presença de sintomas de TEPT em crianças que não apresentaram o diagnóstico de TEPT

Os sintomas predominantes nas cinco crianças sem o diagnóstico de TEPT foram: Pensamentos ou Imagens Recorrentes (n=4), Esforço para Evitar Pensamentos e Sentimentos Associados ao Trauma (n=3), Sentimento de Desapego ou Desligamento Afetivo (n=3) e Incapacidade para Relembrar Aspectos do Trauma (n=3). Todos esses sentimentos se referem diretamente ao evento da queimadura demonstrando que mesmo

as crianças que não apresentam o diagnóstico de TEPT possuem dificuldade em lembrar e reviver o que aconteceu, caracterizando a queimadura de fato como um evento que deixa marcas não apenas físicas no paciente. As crianças que não fecharam o diagnóstico de TEPT, mas apresentaram alguns sintomas, podem ter tido oportunidades e espaço para se reinventar e elaborar o evento da queimadura.

Tais dados são relevantes quando pensamos na possibilidade de comparar os sintomas apresentados por crianças sobreviventes da queimadura com aquelas com outras doenças crônicas. O estudo de Phipps, Long e Ogden (2007) com crianças em diferentes momentos do tratamento de câncer e que já superaram a doença, que também exige longa hospitalização e reabilitação, evidenciou que as crianças apresentaram níveis baixos de estresse e depressão denunciando um bom ajustamento e adaptação positiva a suas condições, mesmo após vivenciar o sofrimento do tratamento, o qual, eventualmente, pode influenciar o desenvolvimento infantil. Outros autores ressaltam que crianças sobreviventes de câncer apresentam níveis de sintomas de estresse pós-traumático inferiores quando comparados com outros acometimentos (Bruce, 2006; Salmon & Bryant, 2002, citado por Phipps, 2007).

Ao relacionar tais dados com os resultados da presente pesquisa, todas as nove crianças estudadas, apesar de apenas quatro apresentarem diagnóstico de TEPT, demonstraram por meio dos diferentes instrumentos utilizados algum tipo de dificuldade em enfrentar a situação imposta pela queimadura. O tratamento da queimadura é em longo prazo e a criança queimada, independente da idade poderá ser até a sua fase adulta paciente de uma Unidade de Queimados, realizando cirurgias funcionais e estéticas. A queimadura pode também interferir em processos naturais do desenvolvimento, como o crescimento do corpo, se a pele não conseguir acompanhá-lo. Na mulher existem dois momentos bastante críticos: na puberdade quando a seqüela interfere no desenvolvimento dos seios e durante a gestação quando a pele também não acompanha as mudanças corporais para abrigar o bebê que está a caminho. Estudos longitudinais com crianças queimadas podem representar importantes contribuições sobre o processo de adaptação ao longo do desenvolvimento.

4.5.3. Comparação da presença de TEPT nas crianças e nos cuidadores

A Tabela 11 apresenta uma comparação entre os resultados dos instrumentos de TEPT nas crianças e cuidadores:

Tabela 11

Comparação dos resultados dos sintomas de TEPT, atuais e do passado, nas crianças e cuidadores

	Criança		Cuidador	
C1	Diagnóstico parcial		Diagnóstico completo	
	Atual: 2	Passado: 2	Atual: 9	Passado: 7
C2	Não apresentou sintomas suficientes		Diagnóstico parcial	
	Atuais : 0	Passado: 0	Atuais : 3	Passado: 5
C3	Não apresentou sintomas suficientes		Diagnóstico parcial	
	Atuais: 0	Passado: 0	Atuais: 5	Passado: 7
C4	Diagnóstico completo		Diagnóstico completo	
	Atuais: 3	Passado: 2	Atuais: 8	Passado: 7
C5	Diagnóstico completo		Diagnóstico parcial	
	Atuais: 3	Passado: 3	Atuais: 3	Passado: 3
C6	Não apresentou sintomas suficientes		Não apresentou sintomas suficientes	
	Atuais: 0	Passado: 0	Atuais: 1	Passado: 2
C7	Não apresentou sintomas suficientes		Diagnóstico completo	
	Atuais 1	Passado: 1	Atuais: 5	Passado: 5
C8	Não apresentou sintomas suficientes		Não apresentou sintomas suficientes	
	Atuais: 0	Passado: 0	Atuais: 3	Passado: 5
C9	Diagnóstico Completo		Diagnóstico Completo	
	Atuais: 3	Passado: 3	Atuais: 8	Passado: 8

Em quatro das nove díades, os resultados foram coincidentes (C4, C6, C8, C9), sendo que duas apresentaram o diagnóstico completo para TEPT (C4 e C9) e as outras duas não apresentaram sintomas suficientes. Três díades (C2, C3, C7) tiveram resultados divergentes, onde os cuidadores apresentaram o diagnóstico completo ou parcial de TEPT e as crianças não apresentaram sintomas suficientes para atingir os critérios do instrumento. Na Díade C1, a criança apresentou diagnóstico parcial e o cuidador completo e na Díade C5 foi o contrário. Ao todo, sete cuidadores atingiram os

critérios para o diagnóstico de TEPT, sendo quatro completos. Em contrapartida apenas quatro crianças preencheram os critérios para o diagnóstico sendo apenas um parcial. Tais resultados evidenciam a sobrecarga dos cuidadores e a importância de intervenções a eles dirigidas (Prudente et al, 2010).

No que diz respeito aos sintomas atuais e no passado, a Díade C4 aumentou os sintomas atuais e as díades C5, C8 e C9 mantiveram a mesma quantidade de sintomas do passado e os atuais. Os cuidadores de crianças que não atingiram sintomas suficientes para os critérios do instrumento (2, 3, 6 e 8) diminuíram os sintomas atuais. Apenas o Cuidador 7 manteve o mesmo número de sintomas. A Criança 1 manteve seus sintomas, os quais não foram suficientes para o diagnóstico de TEPT, e o seu cuidador aumentou seus sintomas atuais. Pode-se inferir de tais resultados que a relação entre a criança e o cuidador influencia a variação dos sintomas atuais e do passado. As crianças que não apresentavam o diagnóstico de TEPT podem ter influenciado a percepção do cuidador, a partir do momento que eles observaram a adaptação da criança às novas limitações ocasionadas pela queimadura, diminuindo assim os sintomas atuais dos cuidadores. O mesmo pode se pensar no caso C4 onde ambos, criança e cuidador, aumentaram os sintomas, denunciando uma influência pela relação assim como as díades C2, C3, C6 e C8 as quais mantiveram as quantidades de sintomas no passado e no momento atual. Tais resultados demonstram uma equivalência entre os sintomas atuais e do passado nos cuidadores e criança. Apenas os resultados de duas díades das nove (1 e 7) não demonstraram nenhuma relação entre os sintomas das crianças e do cuidador.

As divergências, no que diz respeito ao diagnóstico da criança e do cuidador, podem ser discutidas individualmente. No caso C3, onde a criança não atingiu os critérios mínimos e o cuidador apresentou diagnóstico parcial, houve 10 respostas que se diferenciaram no instrumento infantil, já que o mesmo deve ser respondido tanto pela criança como pelo cuidador. As respostas do cuidador se sobrepuseram às respostas da criança no momento reservado para discussão e conclusão da marcação dos itens. Tal fato evidencia a dificuldade de comunicação, já anunciada, na relação entre criança e cuidador, além da dificuldade do posicionamento da criança como falante. Assim, associa-se tal postura ao maior número de respostas negativas ou à predominância das respostas do cuidador, o que pode ter interferido nos resultados do instrumento e na divergência dos diagnósticos.

No caso C2, observou-se nos relatos a adaptação das crianças à seqüela de queimadura e reinserção social, o que divergiu com o diagnóstico parcial do Cuidador 2. A cuidadora pareceu assumir a culpa e toda a responsabilidade do acidente para si, demonstrando dificuldades no que diz respeito a lidar, falar e se relacionar com aqueles que de alguma formase envolveram na queimadura, situação que interferiu na sua relação com o pai da criança e com a própria criança.

A Criança 7 sempre foi acompanhada por psicólogos desde o momento da lesão até a realização da coleta de dados, o que pode ter influenciado em seu resultado no instrumento, o qual divergiu com o da sua cuidadora que atingiu o diagnóstico completo de TEPT. De forma geral os resultados do instrumento de TEPT, onde a maioria dos cuidadores apresentaram diagnóstico completo e parcial, evidenciam que os cuidadores tiveram maior dificuldade de lidar com o evento e denunciam um desfalque na assistência ao cuidador.

Casos de diagnóstico completo como o da díade C9 corroboram com o que foi descrito por ambos sobre a vivência da queimadura. Apesar de ter ficado apenas 20 dias internada na instituição onde foi realizado o presente estudo, a criança demorou para ser encaminhada, passando por instituições em outros estados, dentre elas algumas particulares e resultando em 40 dias de internação. A criança sofreu ameaça de amputação do braço e os cuidadores acharam que não teriam condições de arcar com as despesas na rede particular. Além dessas dificuldades, a criança viveu na internação a possibilidade do resgate do vínculo materno, o que não se concretizou quando apenas a tia veio para Brasília acompanhá-lo, o que pode ter gerado maior sensação de desamparo, influenciando assim sua percepção sobre a queimadura e o diagnóstico de TEPT.

No caso C4, onde criança e cuidador também atingiram o diagnóstico completo de TEPT, a causa da queimadura gerou um grande impacto nas relações familiares, com sentimentos de culpa e dificuldade de se adaptar à nova imagem da criança. A criança estava brincando com as irmãs e no momento em que ocorreu o acidente, explosão do álcool, as mesmas buscaram proteção do lado de dentro da casa fechando a porta e deixando a Criança 4 presa na área pegando fogo. A seqüela da queimadura e o local, principalmente na face se tornaram uma ameaça diária para a irmã que até hoje não sabe lidar com o que aconteceu, interferindo nas relações familiares e no convívio dentro de casa, o que repercutiu também na reinserção escolar da Criança 4.

As díades 6 e 8 não atingiram sintomas suficientes para o diagnóstico de TEPT. No que diz respeito ao caso C6 os cuidadores apresentavam estabilidade financeira, maior escolaridade e relataram boa comunicação com os profissionais de saúde. A compreensão da família e reorganização dos papéis, rotinas e atividades para os cuidados à criança queimada não foram descritos como uma dificuldade. Tais reações permitem concluir que o acesso à informação e a segurança financeira, oferecida por um trabalho formal, podem ser fatores que contribuam para a adaptação ao cuidado à criança queimada. Sabe-se que situações como a falta de informação e dificuldades financeiras podem aumentar a probabilidade de acidentes que resultem em queimaduras, pelo desconhecimento do perigo e, às vezes, pela necessidade de não poder olhar a criança, já que os cuidadores precisam trabalhar. Tais fatores podem interferir também na adaptação do cuidador aos cuidados da criança queimada e à sobrecarga de se dedicar ao tratamento da criança, se preocupar com o sustento da família e o cuidado dos irmãos saudáveis.

No caso C8, que também não atingiu os critérios para o diagnóstico de TEPT, chama a atenção o fato da cuidadora e criança não falarem muito e sempre quando questionados sobre a seqüela ou sobre as mudanças relacionadas à queimadura negarem mudanças estéticas ou na rotina. Ambas tentam demonstrar não se importar, enfatizando apenas as dificuldades relacionadas à internação, como sensação de se sentir presa ao acompanhar a criança e a dor do tratamento. A negação também se apresenta no desenho da criança onde a mesma tira seus olhos, desenhando apenas dois buracos em seu lugar. Tal fato pode esta relacionada à dificuldade que ambas apresentam em lidar e ver a queimadura. Contudo, não se pode deixar de enfatizar que a Criança 8 assim como a 6 foram as únicas que sofreram suas queimaduras há aproximadamente cinco anos e tais respostas podem ser compreendidas como uma adaptação de longo prazo.

Outro fato evidenciado na fala dos participantes é a falta de um programa de reabilitação que englobe todos os aspectos necessários, tendo apenas alguns pontos de apoio, citados pelos participantes da pesquisa, como as consultas ambulatoriais e a Associação de Portadores de Sequelas de Queimadura (APOSEQ), a qual oferece transporte para as consultas, além de doações de filtro solar, óleo mineral e malha de compressão. O desenvolvimento de programas de intervenção, tanto para as crianças como para seus cuidadores e familiares é recomendada por Horrid et al. (2009).

A malha de compressão foi citada como uma das dificuldades do tratamento após a alta hospitalar. Apenas a Criança 6 tinha terminado o tratamento com a malha

compressora e seu cuidador enfatizou que foram momentos muito difíceis, pois a malha gera calor e coceira e a importância de explicar às crianças a necessidade da malha para o tratamento. As únicas crianças que disseram não se incomodar com o uso da malha foram as 5 e 8. As outras afirmaram não gostar de usar malha. As crianças 1, 4 e 7 que sofreram queimadura na face reclamaram que a malha atrapalhava para comer, além de chamar muita atenção. Todos os cuidadores tiveram dificuldade de impor o uso da malha devido às frequentes reclamações de coceira e calor, permitindo muitas vezes às crianças parar de utilizá-la. A criança 2 afirma que acordou uma noite se sentindo sufocada, a malha teve que ser refeita, relata ainda que a malha o atrapalhava a andar de bicicleta e brincar na escola e por isso deixou de usar. A criança 9 não conseguia caminhar com a malha, limitando sua utilização ao período noturno. A única criança que gosta de usar a malha é a Criança 3. Depois que se adaptou encontrou um outro uso para ela: prefere que a lesão fique coberta, pois sente vergonha da sequela.

O retorno ao hospital foi relatado por cinco díades (C1, C2, C3, C4, e C6) como um momento ruim, pois desencadeava lembranças da internação, e pela possibilidade da marcação de cirurgias reparadoras, o que fazia crianças e cuidadores reviverem os aspectos negativos da hospitalização. Três díades C7, C8 e C9 afirmaram que o retorno ao hospital era normal do tratamento e que não implicava sentimentos negativos.

Os resultados dos instrumentos mostraram equivalência em sua maioria entre os resultados das crianças e cuidadores, porém eles não vivenciam o evento da mesma forma. As crianças e cuidadores que fecharam o diagnóstico de TEPT não tiveram seus sintomas equivalentes para conclusão do diagnóstico. Assim, apesar de dizer que ambos, criança e cuidador, sofrem de TEPT, cada um vivencia o momento de forma singular, e sintomas que marcam um podem não coincidir com o do outro. Isso não anula a possibilidade de um sintoma favorecer o aparecimento de outro tanto na criança como no cuidador, já que estamos falando de uma relação, apesar de ser mais comum o cuidador, pela posição que ocupa na relação, influenciar os sintomas infantis. Hall et al. (2006) indicam que os sintomas de estresse nas crianças estão diretamente associados com os dos pais. Os autores ainda sugerem que a associação entre as respostas traumáticas dos pais e crianças realça a necessidade de elucidar melhor a natureza desse relacionamento, a fim de desenvolver intervenções eficazes para crianças e famílias.

Assim, diante dos resultados conclui-se que a relação entre criança e cuidador pode influenciar a percepção de um ou do outro sobre a vivência de queimadura,

influenciando também possíveis sintomas de TEPT, porém sempre de forma subjetiva e singular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participaram da presente pesquisa nove crianças queimadas e seus cuidadores, onde apenas três crianças eram do sexo masculino e a predominância dos cuidadores era do sexo feminino. As crianças tinham idade entre cinco e 10 anos, e média de seis anos. A maioria das queimaduras foi ocasionada por contato com chama/fogo, apenas uma por contato com alta temperatura e outra por substância quente. Cinco crianças foram consideradas grandes queimados com a extensão da SCQ maior que 20% e com o grau das lesões entre 2º grau profundo e 3º grau. O tempo de internação variou de dois a 50 dias, com uma média de 26 dias.

A presente pesquisa objetivou analisar a relação entre a criança queimada e seu cuidador e as influências dessa relação na vivência da queimadura no período de hospitalização e após a alta. Por meio dos relatos dos cuidadores e das crianças, observou-se que a causa e as providências iniciais tomadas a respeito da queimadura marcaram o comportamento dos cuidadores e das crianças, assim como as relações entre ambos e também dos envolvidos na causa, influenciando a percepção da criança sobre o evento.

A intensificação da relação entre criança e cuidador após o acidente da queimadura marcou o relato da maioria dos cuidadores, principalmente após o acompanhamento do tratamento hospitalar da criança queimada e a cumplicidade nos momentos mais difíceis e de muita dor.

A preocupação com o distanciamento dos irmãos saudáveis surgiu por parte dos cuidadores e das crianças, as quais se mostraram preocupadas em resgatar a relação. Sinais de rejeição e dificuldade de aceitação da criança queimada pelos demais, irmãos e familiares, foram relatadas por crianças e cuidadores, denunciando que os familiares muitas vezes não estão preparados para receber e auxiliar nos cuidados à criança queimada o que interferiu em alguns casos na forma como a criança aprendeu a lidar com a queimadura e com sua imagem.

Os resultados do presente estudo mostraram que o cuidador e os familiares exercem influência sobre a percepção da criança queimada a respeito de si mesma durante o processo de reabilitação, influenciando sua reinserção social, principalmente no tocante à posição da criança frente a sua imagem corporal. Entretanto, fica claro que outros fatores como a equipe de saúde e o acompanhamento psicológico podem possibilitar a criança compreender e dar sentido a todas as mudanças decorrentes da

queimadura.

A criança não é a única a vivenciar a dor durante o processo da queimadura. Os resultados possibilitaram conferir que o cuidador além de compartilhar os momentos dolorosos ao ver seu filho sofrer, também sofre com a perda do filho antes perfeito e agora desconfigurado. O cuidador também se sente desamparado e vive o medo iminente da morte de seu filho, configurando assim, uma desorganização psíquica a qual exige acompanhamento para que o mesmo se sinta apto e deslumbre a possibilidade de continuidade da relação com a criança queimada e adaptação às mudanças exigidas pelo tratamento da queimadura.

A relação entre os profissionais de saúde e cuidador se apresentou como fundamental para percepção e participação no tratamento, transmitindo além de orientações práticas, segurança para os procedimentos e intervenções. Contudo, no presente estudo a relação com o profissional de saúde não foi considerada apoio social. Sempre quando questionados sobre a ajuda recebida durante a hospitalização, os cuidadores se referiram ao apoio como presença de parentes e amigos fora do ambiente hospitalar. Tal fato pode corresponder ao distanciamento da relação entre os profissionais de saúde e paciente, demonstrando a necessidade de uma nova postura dos profissionais. Esse dado deve ser relacionado diretamente com a atenção diferenciada ao profissional de saúde, pois lidar com a dor e a morte todos os dias em diferentes casos pode suscitar reações emocionais diversas.

Os desenhos das crianças permitiram identificar algumas questões emocionais como insegurança, dificuldade de relacionamento, negação da queimadura com repercussões na percepção da imagem corporal, especialmente naquelas que sofreram lesão acima de 20% da SCQ. O uso do desenho pode ser mais bem explorado com crianças queimadas como recurso para avaliação do desenvolvimento.

No que diz respeito aos resultados do instrumento de TEPT, quatro cuidadores preencheram todos os critérios para o diagnóstico, três cuidadores apresentaram diagnóstico parcial. Os cuidadores a partir de cinco anos da queimadura das crianças não apresentavam sintomas suficientes para o enquadramento no diagnóstico completo ou parcial de TEPT, evidenciando o tempo como variável importante nesse processo. Já os cuidadores que aumentaram o nível de estresse com o decorrer do tempo pontuaram com maior intensidade e frequência o sentimento de culpa.

Apenas três crianças apresentaram diagnóstico de TEPT e uma apresentou diagnóstico parcial. Cinco não atingiram a quantidade de sintomas que definem o

diagnóstico completo ou parcial de TEPT o que indica que aspectos institucionais e familiares funcionaram como proteção ao desenvolvimento.

Ao relacionar os resultados dos instrumentos de TEPT com as entrevistas, a utilização dos dois permitiu ampliar a compreensão sobre os sintomas da criança e do cuidador, contextualizando o diagnóstico e as singularidades de cada sujeito. Tanto os resultados da análise das entrevistas como os dos instrumentos de TEPT foram coerentes sem demonstrar divergências acentuadas, complementando informações, fator muito relevante, principalmente para o delineamento de intervenções e acompanhamento terapêutico. Os resultados permitiram concluir que a relação entre criança e cuidador pode influenciar a percepção de um ou do outro sobre vivência de queimadura, influenciando também possíveis sintomas de TEPT, sempre de forma subjetiva e singular.

Quanto ao processo de construção da pesquisa, durante a revisão de literatura constatou-se que estudos sobre o tema têm aumentado nos últimos anos pela crescente sobrevida dos pacientes e evolução científica e tecnológica em relação ao tratamento dos queimados. Contudo são poucos os estudos nacionais sobre a temática no que diz respeito à área da psicologia. Publicações das áreas de medicina e enfermagem são mais frequentes. No que se refere aos estudos internacionais foram encontrados maior número de artigos publicados com enfoque na reabilitação, qualidade de vida e TEPT.

As particularidades do atendimento aos queimados exige um trabalho multiprofissional. No hospital pesquisado, a equipe de saúde busca uma vez por semana reunir toda a equipe da enfermagem, onde cada profissional dá seu parecer sobre cada paciente internado delineando o tratamento e prognóstico. As principais dificuldades também são relatadas e normalmente respaldadas pela psicóloga da unidade, a qual busca identificar aspectos dos profissionais e pacientes que de alguma forma podem favorecer ou não a adesão do paciente.

A equipe foi receptiva ao trabalho proposto, recebendo e acolhendo tanto a pesquisadora quanto os estudantes. As únicas restrições relacionaram-se à preocupação com as infecções, o que exigiu que todos estivessem devidamente vestidos e higienizados. Tal fato limita o número de pesquisadores de fora da unidade o que exigiu orientações específicas para os auxiliares de pesquisa durante a coleta de dados, onde o uso do jaleco era obrigatório. O contato físico com os pacientes não era permitido, e a circulação nas áreas onde eram realizados os banhos e troca de curativo no ambulatório era limitado, se restringindo ao máximo à sala de atendimentos psicológicos. Escutar os

gritos de dor durante os procedimentos, olhar as sequelas e conhecer as histórias dos acidentes foram os momentos pontuados pelos auxiliares como sendo os mais difíceis durante a coleta dos dados.

No que se refere às limitações do estudo, algumas crianças mesmo após as modificações da entrevista pelo estudo piloto apresentaram dificuldades em responder algumas questões, o que gerou dúvida se era devido ao instrumento utilizado ou pela dificuldade de recontar e reviver a história da queimadura. O não cumprimento dos critérios de inclusão, pelo medo de perda da amostra, levou à exclusão de seis casos que deverão ser analisados separadamente e poderão contribuir com novas informações sobre o atendimento da criança queimada.

Outra questão importante é que a coleta de dados foi realizada durante a espera ou após o atendimento ambulatorial, gerando em alguns casos sentimento de ansiedade para o fim da coleta, pela possibilidade de perda da consulta ou transporte, o que de alguma forma pode ter interferido nas respostas aos instrumentos de pesquisa.

A captação de pacientes para a pesquisa dependia da demanda do serviço. Como não existe nenhum programa específico para reabilitação dos pacientes, os mesmos não tinham periodicidade em suas idas ao ambulatório, além do fato da agenda ser aberta sem a necessidade de marcar consulta anteriormente. Assim, a ida ao ambulatório podia ser adiada sem estimativa de remarcação. Além dessa limitação, o período da coleta de dados coincidiu com as férias do chefe do ambulatório, o que repercutiu no número de pacientes que não tiveram suas consultas programadas. Além disso, uma paralisação dos profissionais de saúde também ocorreu, limitando ainda mais o acesso aos participantes da pesquisa.

O uso combinado das técnicas de coleta de dados foi planejado como um recurso interessante para compreensão da vivência da criança e do cuidador. No entanto, a análise dos desenhos representou um grande desafio pela dificuldade de aplicação dos critérios mais utilizados e ausência de familiaridade da pesquisadora com a correção. O uso das escalas de TEPT permitiram uma integração com os dados da entrevista, favorecendo as sínteses dos casos.

Para concluir, a presente pesquisa encoraja discussões entre a equipe multiprofissional de Unidades de Queimados e pesquisadores, a fim de estabelecer novas possibilidades de reabilitação desses pacientes, contemplando a necessidade de abordagem longitudinal da pessoa em desenvolvimento, e ainda, outros estudos que avaliem intervenções ou modelos de atenção à essa população integrando ao

atendimento os cuidadores e familiares como pacientes e não como meros acompanhantes, visto que os mesmos contribuem para a constituição subjetiva das crianças, podendo ser determinantes para a resignificação de sua imagem e subjetividade.

Outra questão importante é buscar compreender como os profissionais de saúde se aproximaram desse campo e o que os mantém na área a fim de aumentar conhecimento e identificar as necessidades específicas para a assistência da população queimada, assim como as habilidades necessárias que o profissional da área deve desenvolver.

REFERÊNCIAS

- Abreu-Rodrigues, M. & Seid, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), 279-288.
- Almeida, M. I., Molina, R. C. M., Vieira, T. M. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S.S. (2006). O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. *Escola Anna Nery*, 10(1), 36-46.
- Almeida, S. F. C. (1997). A importância do *outro* na transmissão e apropriação do conhecimento e na construção da consciência de si e do mundo. *Temas em Psicologia*, 3, 109-120.
- Amaral, V. L. A. R. (2001). Transtorno Dismórfico: o corpo em delírio. In Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Ed.), Campinas-SP: X Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental.
- Amendola, F., Oliveira, M. A. de, & Alvarenga, M. R. M. (2011). Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 884-889.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, M. L. A., & Soléra, M. O. (2006). A deficiência como um "espelho perturbador": uma contribuição psicanalítica à questão da inclusão de pessoas com deficiência. *Mudanças Psicologia da Saúde* 14(1), 85-93.
- Angerer, P., Siebert, U., Kothny, W., Muhlbauer, D., Mudra, H., & Schacky, C. (2000). Impact of social support, clinical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(6), 1781-1788.
- Araujo, T. C. C. F. (2005). Psicologia aplicada à reabilitação. In V Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (Ed.), *Anais V Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*.
- Assunção, G. S. (2013). *Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Atiyeh, B. (2012). Desastre na boate kiss. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 27(4), 502.

- Baker, C. P., Russell, W. J., Meyer, W., & Blakeney, P. (2007). Physical and psychologic rehabilitation outcomes for young adults burned as children. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), [supl. 2], 57–56.
- Bakker, A. M. A., van Loey, N. E., van der Heijden, Peter, G. M., & van Son, M. J. M. (2012). Acute stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(10), 1127–1135.
- Bakker, A., van Loey, N. E., van Son, M. J., & Van der Heijden, P. G. (2010). Brief report: Mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn event of their child. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 656–661.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Behrman, R. E., Kliegman, R. M., & Jenson, H. B. (2002). *Tratado de Pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bicho, D., & Pires, A. (2002). Comportamento de mães e crianças hospitalizadas devido a queimaduras. *Análise Psicológica*, 1(20), 115-129.
- Blake, D. D., Albano, A. M., & Keane, T. M. (1992). Twenty years of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 447-484.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., & Nagy, L. M. (1995). The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Trauma and Stress*, 8, 75-90.
- Borges, E. S., & Carvalho, T. C. (2004). Abordagem psicológica à criança queimada. In E. Maciel, & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 43-49). São Paulo: Atheneu.
- Boering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 15-23.
- Borges, J. L., Zoltowski, A. P. C., Zucatti, A. P. N., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 87-98.
- Brasil (1991). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1994). *Política nacional de educação especial*. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil (2000a). *Portaria GM/MS n.º 1.273, de 21 de novembro de 2000*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2000b). *Portaria n.º 1274/GM Em 21 de novembro de 2000*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, H. H. A. (2003). Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL

- (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version*) e estudo de suas propriedades psicométricas (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Brasil, (2007). *Ensino fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis anos de idade*. In Beauchamp, J., Pagel, S. D., Nascimento, A. R. (Eds.). Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil (2009). *Viva – Vigilância de violência e acidentes*. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS HumanizaSUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012). *Cartilha para tratamento de emergência para queimaduras*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2011). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (12 ed., Vol. II, pp. 1721-1756). In S. C. Smeltzer, B. G. Bare, J. L. Hinkle, & K. H. Cheever (Eds.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Câmara Filho, J. W. S., & Sougey, E. B. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 221-228.
- Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina (2011). *Protocolo de Tratamento de Emergência das Queimaduras*. Disponível em: [www.http://portal.cfm.org.br](http://portal.cfm.org.br)
- Campos, D. M. S. (1982). *Teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda.
- Candido, L. C. (2001). *Nova abordagem no tratamento de feridas*. São Paulo: SENAC.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saude Coletiva* 9(1), 139-146.
- Carvalho, F. L., & Rossi, L. A. (2006). Impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma Unidade de Queimados sobre a dinâmica familiar: revisão de literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(2), 243-254.

- Carvalho, F. L., Rossi, L. A. & Ciofi-Silva, C. L. (2008). A queimadura e a experiência familiar frente ao processo de hospitalização. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 29 (2), 199-206.
- Castro, R. (2009). Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(1), 41-44.
- Celes, L. A. M., & Zavaroni, D. M. L. (2008). Adoecimento e hospitalização no período da infância: algumas considerações a partir do projeto de extensão “Psicanálise e Pediatria”. *Revista do Decanato de Extensão da Universidade de Brasília*, 13, 44-48.
- Cerqueira-Silva, S., Dessen, M. A., & Costa Junior, A. L. (2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 [supl. 1], 1599-1609.
- Chatelard, D. S., (2004). Algumas considerações teóricas acerca de uma experiência hospitalar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 4(2), 349-357.
- Chemama, R. (1995). *Dicionário de psicanálise* (pp. 58). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chiattonne, H. B. C. (2003). *A criança e a hospitalização*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Côa, T. F., & Pettengill, M.A.M. (2011). The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a pediatric intensive care unit. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(4), 824-830.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2005). A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In M. A. Dessen, & A. L. Costa Junior (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 133-151). Porto Alegre: Artmed.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive modelo of posttraumatic stress-disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Fédida, P. (1998). De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 107-121.
- Ferreira, R. (2008). Psicooncologia Pediátrica. In. C. F. M, Hart (Ed.), *Câncer: Uma Abordagem Psicológica* (pp. 32-42). Porto Alegre: AGE.
- Firmino, J. (2004). Suporte psicológico do paciente. In E. Maciel, & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 381-382). São Paulo: Atheneu.
- Flesler, A. (2012) *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Gabarra, L. M. & Crepaldi, M. A. (2011). A comunicação médico - paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumentativa*, 29(65), 209-218.
- Ghezeljeh, T.N., Ardebili F. M., Rafii F., & Hagani H. (2013). Translation and psychometric e valuation of Persian versions of Burn Specific Pain Anxiety Scale and Impact of Event Scale. *Burns*, 39, 1297-1303.
- Gimeniz-Paschoal, S. R., Nascimento, E. N., Pereira, D.M., & Carvalho, F. F. (2007). Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. *Revista Paulista Pediatria*, 25(4),331-336.
- Gomes, I. L. V., Queiroz, M. V. O., Bezerra, L. L. A. L., Souza, L. P. G., (2012). hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. *Cogitare Enfermagem*, 17(4), 703-709.
- Graf, A., Schiestl, C., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic Stress and Behavior Problems in Infants and Toddlers With Burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(8), 923–931.
- Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., Chawla, N., Lopez, C., King, L., & King, D. (2006). Posttraumatic Stress Symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 403-412.
- Hammel, K. W. (1995). *Spinal cord injury rehabilitation*. London: Chapman & Hall.
- Hart, C., & Chesson, R. (1998). Children as consumers. *British Medical Journal*, 316(7144), 1600-1603.
- Herman, S. P. (1995). A criança queimada. In M. Lewis (Ed.), *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 156-162). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Holanda, E. R., & Collet, N. (2012). Escolarização da criança hospitalizada sob a ótica da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 34-42.
- Horrid, G., Cohen, K., & Gaskell, S. (2009). Burned: parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education. *Burns*, 36, 630 – 638.
- International association for the study of pain (1994). *Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy*. H. Merskey, & N. Bogduk (Eds.). Seattle: IASP Press.
- Ofícios.
- Johnson, S. B., & Millstein, S. G. (2003). Prevention oportunities in health care settings. *American Pyschologist*. 58(6/7), 475-481.

- Jong, A., Baartmans, M., Bremer, M., van Komen, R., Middelkoop, E., Tuinebreijer, W., & van Loey, N. (2010). Reliability, validity and clinical utility of three types of pain behavioural observation scales for young children with burns aged 0–5 years. *Pain, 150*, 561-567.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., & Ryan, N. (1996). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center.
- Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *The Surgical Clinics of North America, 79*(2), 231-252.
- Landolt, M. A., Buehlmann, C., Maag, T., & Schiestl, C. (2009). Brief Report: Quality of life in impaired in pediatric burn survivors with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(1), 14-21.
- Leite, M. F., Gomes, I. P., Leite, M. F., Oliveira, B. R. G., Rosin, J. & Collet, N. (2012). Condição crônica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde, 11*(1), 51-57. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18858.
- Lima, R. A. G., Rocha, S. M. M., & Scochi, C. G. S. (1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 7*(2), 33-39.
- Loeser, J. D., & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *Pain, 137*(3), 473-477.
- Lotufo, C.C., Novaes, F.N., & Lima, E.M. (2008). A dor e o paciente queimado. In E. Maciel, & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 165-170). São Paulo: Atheneu.
- Marcon, C. (2003). *A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico residente, a criança e sua família*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Marques, J. F. & Santos, H. A. (2012). A criança como unidade de cuidado. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, 37* (2), 81-86.
- 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.

- Mendonça, M. B. (2007). *Análise do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em onco-hematologia pediátrica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.
- Milanesi, K., Collet, N., Oliveira, B. R.G., & Vieira, C. S. (2006). Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 769-774.
- Morsch, D. S., & Aragão, P. M. (2008). A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In S. F. Deslandes (Ed.), *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 235-260). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Revista Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454.
- Motta, M.G.C. (1998). *O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais*. (Tese de Doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Nóbrega, V. M., Collet, N., Silva, K. L., & Coutinho, S. E. D. (2010). Rede de apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (3), 431-440. Recuperado em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7566>.
- Nova, N., Vegni, E., & Moja, E. A. (2005). The physicianpatient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 327-333.
- Novaes, F. N. (2004). Humanização ao atendimento do paciente queimado. In E. Maciel, & M. C. Serra, (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 377-380). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, B. R. G., & Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: percepções das mães sobre o vínculo afetivo criança família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 7(5), 95-102.
- Oliveira, F. P. S., Ferreira, E. A. P., & Carmona, S. S. (2009). Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterizações de situações de risco ao desenvolvimento. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19(1), 19-34.

- Oliveira, B. C., Garanhani, M. L., & Garanhani, M. R. (2011). Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico-necessidades, sentimentos e orientações recebidas. *Acta Paul Enfermagem*, 24(1), 43-9.
- Oliveira, C. B., Rosa, C. R., Bonatto, T., & Oliveiro, N. M. (2006). O câncer como manifestação do não simbolizado. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Escolar*, 9(1), 15-29.
- Oliveira, R. R., Santos, L. F., Marinho, K. C., Cordeiro, J. A. B. L., Salge, A. K. M. & Siqueira, K. M. (2010). Ser mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica. *Ciência Cuidado e Saúde*, 9(2), 374-372. Doi:10.4025/ciencucuidsaude.v9i2.11250
- Paula, E. M. A. T., & Foltran, E. P. (2007). Brinquedoteca hospitalar: direito das crianças e adolescente hospitalizados. *Revista Conexão UEPG*, 3(1).
- Patterson, D. R., & Ford, G. R.(2000). Burn injuries. In F. Robert, & E. Timothy (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 145-162). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *Psico*, 37, 37-45.
- Perosa, G. B., & Ranzani, P. M. (2008). Capacitação dos médicos para enfrentar situações difíceis: Comunicar más notícias às crianças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 468-473.
- Phipps, S. (2007) Adaptative style in children with cancer: implications for a positive psychology approach, *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1055-1066.
- Phillips, C., Fussell, A., & Rumsey, N. (2007). Considerations for psychosocial support following burn injury-A family perspective. *Burns*, 33(8), 986-994.
- Pinto, L. M. O. (2010). *Comunicação pediatria, paciente e acompanhante: Uma análise comparativa entre níveis assistenciais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasil.
- Prestes, M. A. (2004). Tratamento ambulatorial das queimaduras In E. Maciel, & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 138-145). São Paulo: Atheneu.
- Prudente, C. O., Barbosa, M. A., & Porto, C. C. (2010). Relação entre a qualidade de vida de mães de crianças com paralisia cerebral e a função motora dos filhos, após dez meses de reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2). Recuperado em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_02.pdf
- Quirino, D.D., Collet, N. & Neves, A. F. G. B. (2010). Hospitalização infantil:

- concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(2), 300-306.
- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2003). Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In I. M. Beuren (Ed.), *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática*. São Paulo: Atlas S. A.
- Rezende, A. M., Brito, V. F. D. S., Malta, J. D., Schall, V. T., Modena, C. M. (2009). Vivências de crianças e adolescentes com câncer: O desenho fala. *Iniciação Científica Cesumar*, 11(1), 73-82.
- Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. C. P., & Carvalho, E. C. (2000). A dor da queimadura: Terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(3), 18-26.
- Rossi, C. S., & Rodrigues, B. M. R. D (2010). Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. *Acta Paul Enfermagem*, 23(5), 640-645.
- Rosso, M. C. (1998). Escalas de avaliação do transtorno do estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 320-325.
- Serra, M. C. V. F., Gomes, D. R., & Crisóstomo, M. R. (2004). Calculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar In E. Maciel, & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 43-49). São Paulo: Atheneu.
- Serra, M. C. V. F., Lemos, T., & Costa, D.M. (2008). Peculiaridades do tratamento inicial da criança queimada. In E. Maciel, & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 147-155). São Paulo: Atheneu.
- Severo, P. W., & Andrade, M. L. A. (2010). O corpo e o gozo na constituição do sujeito. *Estilos da clínica*, 15(2), 442-459.
- Silva, E. P. F.S., Oliveira, R. A. P., Costa, F. A. C., & Serra, M. C. V. F. (2004). Peculiaridades da criança queimada. In E. Maciel, & M. C. Serra (Eds.), *Tratado de queimaduras* (pp. 201- 206). São Paulo: Atheneu.
- Silva, I. G., & Santos, A. J. (2011). Qualidade da vinculação e modelo interno de funcionamento do Self, em crianças vítimas de queimaduras. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 85-93.
- Silveira, F.F & Neves, M. M. B. (2006) Inclusão escolar de crianças com deficiência múltipla: concepções de pais e professores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 079-088.
- Silveira, R. A. & Oliveira, I. C. S. (2012). O cotidiano do familiar/acompanhante junto

- da criança com doença oncológica durante a hospitalização. *Revista RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(3), 532-539.
- Soares, M. R. Z. (2001). Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. *Pediatria Moderna*, 37(11), 630-632.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Stubbs, T. K., James, L. E., Daugherty, M. B., Epperson, K., Barajaz, K. A., Blakeney, P., & Kagan, R. J. (2011). Psychosocial impact of childhood face burns: A multicenter, prospective, longitudinal study of 390 children and adolescents. *Burns*, 37(3), 387-394.
- Tates, K., & Meeuweesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52(6), 839-851.
- Testa, C. B. (2007). Reações da equipe de saúde ao tratamento de crianças vítimas de queimadura [monografia]. Recuperado de <http://siaibib01.univali.br/pdf/Caroline%20Baccin%20Testa.pdf>
- Van Baar, M. E., Polinder, S., Essink-Bot, M. L., Van Loey, N. E., Oen, I. M., Dokter, J., Boxma, H., & Van Beeck, E. F. (2011). Quality of life after burns in childhood (5-5 years): Children experience substantial problems. *Burns*, 37(6), 930-938.
- Van Kolck, O. L. (1981). *Interpretação psicológica de desenhos*. São Paulo: Pioneira.
- Vance, Y. H., Morse R. C., Jenney, M. E., & Eiser, C. (2001). Issues in measuring quality of life in childhood cancer: measures, proxies, and parental mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 661-667.
- Varela, M.C.G., Vasconcelos, J. M. B., Santos, I. B. C., Pedrosa, I. L. & Sousa, A. T. O. (2009). Processo de cuidar da criança queimada: vivência de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 723-728.
- Viana, F. P., Resende, S. M., Toledo, M. C., & Silva, R. C. (2009). Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no Pronto Socorro para queimaduras de Goiânia, Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11, 780-784.
- Wang, H., Mittleman, A. M., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine*, 60(3), 599-607.

- Wegner, W. & Pedro, E. N. R. (2009). Concepções de saúde sob a ótica de mulheres cuidadoras leigas, acompanhantes de crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 85-91.
- Wechsler, S. M. (2007) *O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil*. São Paulo: Editora Livro Pleno
- Willebrand, M., Sveen, J., Ramklint, M., Bergquist, M., Huss, F., & Sjöberg, F. (2011). Psychological problems in children with burns-Parents' reports on the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Burns*, 37(8), 1309-1316.
- Zannon, C. M. L. C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes a intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 7(2), 119-136.

ANEXOS

ANEXO A
Questionário sociodemográfico

Nome: _____
Sexo: _____
Data de nascimento: _____
Idade atual: _____
Escolaridade: _____
Idade do acontecimento da queimadura: _____
Irmãos/ Idade: _____

Nome do cuidador _____
Parentesco: _____
Idade: Profissão: _____
Escolaridade: _____
Nome da mãe: _____
Idade: _____
Profissão: _____
Escolaridade: _____
Nome do Pai: _____
Idade: _____
Profissão: _____
Escolaridade: _____
Situação conjugal dos pais? Moram juntos? Quanto tempo? Em que condição? _____
Endereço: _____
Renda familiar: _____
Quais são os moradores que vivem com a criança?

ANEXO B
Dados clínicos da criança queimada

Nome: _____

Idade: _____

Data de nascimento: _____

Data da queimadura: _____

Local da queimadura: _____

Grau: _____

Extensão: _____

Tempo de internação: _____

Procedimentos cirúrgicos:

- Debridamento: _____
- Enxerto: _____
- Amputação: _____

Tratamentos após a alta médica: _____

Outras informações relevantes registradas no prontuário: _____

ANEXO C
Entrevista - Percepção do cuidador

1	Acidente
	O que aconteceu com a criança?
	Você estava presente ou alguém te contou?
	Quem socorreu a criança? Como foi?
	Como se sentiu?

2	Hospitalização
	A criança ficou internada? Por quanto tempo?
	Qual era a sua principal preocupação quando a criança foi internada?
	O que você se lembra da internação ?
	Qual é a melhor e pior lembrança que você tem da internação ?
	Alguém te ajudou durante a internação?
	Alguem conversou com você sobre o tratamento da criança queimada? Quem?
	O que você entendeu ?
	Como você se sentiu?
	Como você lembra da criança nessa época?
	Como a criança se comportava durante a internação?
	Como você acha que a criança se sentia?
	Você consegue lembrar de alguma coisa que a criança fez durante a internação que te marcou?
	Do que a criança menos gostava no tratamento?
	Qual foi a sua maior dificuldade durante a internação?

3.	Reabilitação
	Para onde a criança foi depois da alta hospitalar? Por que?
	Como você se sentiu quando a criança chegou lá?
	O que mudou depois da queimadura no ambiente familiar ?
	Como está sua relação com a criança?
	Você e os outros familiares falam sobre a queimadura?
	Como é sua rotina e a da criança hoje? E o fim de semana?
	Como era a sua rotina e a da criança antes da queimadura? E o fim de semana?
	As pessoas perguntam sobre a queimadura?
	Como você se sente quando elas perguntam ?
	Como você se sente quando olham para a criança?
	A criança esta usando malha? Como você se sente ao ve- la usando a malha?
	O que mais te incomoda no tratamento da sequela de queimadura da criança?
	Como você se sente ao voltar para o hospital?
	Você acha que a criança mudou depois da queimadura?
	Você acha que você mudou depois da queimadura?
	A criança fala sobre a queimadura? O que ela fala? O que você responde?
	Como você acha que ela se sente?
	Você participa do tratamento das sequelas/marca?
	Qual é a sua maior dificuldade nessa fase do tratamento?

4	Relação criança e cuidador antes da queimadura
	Qual é o seu parentesco com a criança?
	Em que idade/ momento você se tornou responsável pelos cuidados da criança?
	A criança já foi separada de algum cuidador por algum período de tempo? Quanto tempo? Quem se responsabilizou por ela durante esse tempo?
	Como a criança se relacionou com o cuidador substituto? Como a criança reagiu aos novos cuidados?
	O cuidador voltou? Como foi o reencontro? Algo mudou?
	Como foi o desenvolvimento da criança até a queimadura? (Desenvolvimento cognitivo, psicomotor, fala) Houve alguma mudança significativa após a queimadura?
	Frequentou a escola ? Como era o seu desempenho escolar?Algo mudou depois da queimadura?
	Como a criança se relacionava com você antes da queimadura?Algo mudou?
	Você notou alguma mudança no relacionamento da criança com alguma pessoa depois da queimadura? Quem?
	A sua forma de agir e de se relacionar com a criança mudou depois da queimadura?

5	Sequela
	Como ficou a sequela da queimadura na criança?
	Você acha que aparência da criança mudou muito depois da queimadura?
	O que você sente quando olha para sequela?
	Você fala sobre as sequelas?
	Como você se sente falando sobre as sequelas?
	A criança pergunta sobre as sequelas ? O que você responde?

ANEXO D
Entrevista - Percepção da criança

1.	Causa
	O que aconteceu com você ?
	Você consegue lembrar, ou alguém te contou?
	Como se sentiu?

2	Hospitalização
	Você ficou internado? Durante quanto tempo?
	O que você se lembra da sua internação ?
	Qual é a melhor e a pior lembrança que você tem da internação ?
	Quem ficou com você quando estava internado?
	Alguem conversou com você sobre o tratamento da queimadura? Quem?
	O que você entendeu ?
	Como você se sentiu?
	Quem te acompanhou durante a internação ?
	Como você lembra dessa pessoa nessa época?
	O que ele fazia enquanto te acompanhava?
	Como você acha que o seu cuidador se sentia?
	Você consegue lembrar de alguma coisa especial que seu cuidador fez com você durante a internação?
	Do que o seu cuidador menos gostava no tratamento?
	Você tem alguma lembrança ruim com o seu cuidador?

3	Reabilitação
	Para onde você foi depois da alta hospitalar?
	Como você se sentiu quando chegou lá?
	Como está sua relação com seus familiares (pai, mãe, irmãos, tios, primos e avós)?
	Eles falam sobre a queimadura?
	Como é sua rotina hoje?E o fim de semana?
	Como era sua rotina antes da queimadura? E o fim de semana?
	As pessoas perguntam sobre a queimadura no seu dia a dia ?
	Como você se sente quando elas perguntam ?
	Como você se sente quando olham para você?
	O que mais te incomoda no tratamento da sequela de queimadura?
	Você está usando malha? Como se sente?
	Como você se sente ao voltar para o hospital?
	Você acha que o seu cuidador mudou depois da sua queimadura?
	O seu cuidador esta diferente com você depois da sua queimadura? O que ele faz de diferente agora?
	Como você acha que ele se sente em relação as marcas da queimadura?

	Ele te ajuda no tratamento das sequelas/ marcas da queimadura? O que ele faz?
--	---

5	Sequela
	Como ficaram as marcas da queimadura?
	Elas te incomodam?
	Você deixou de fazer alguma coisa que gostava por causa das marcas?
	Você acha que sua aparência mudou depois da queimadura?
	Como você se sente quando olha para as marcas?
	Você fala sobre as marcas com o seu cuidador? O que ele fala?
	Como você se sente falando sobre as suas marcas?

ANEXO E

Instrumento Estresse Pós Traumático da Criança

50

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Itens de Rastreamento

Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim

Só pontue positivo se o item estiver presente por mais de um mês.

Nota: Ao conversar sobre eventos traumáticos com crianças é importante empregar os termos usados por elas durante o diálogo.

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
1. Pensamentos ou Imagens Recorrentes do Evento <i>Já teve época em que _____ ficava vindo na sua cabeça a toda hora? Com que frequência? Isso aconteceu várias vezes ou só de vez em quando? Você pensava demais nisso? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Esforço Para Evitar Pensamentos ou Sentimentos Associados ao Trauma <i>Que tipo de coisa você já fez para não pensar no _____? Você tentava se distrair, brincar ou ver TV? Você procurava dormir para esquecer ou não pensar no _____? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Pesadelos (recorrentes) <i>Depois que _____ aconteceu, você já teve muitos pesadelos ou sonhos ruins? Você já sonhou com _____? Quantas vezes? O que você sentia quando acordava desses pesadelos? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Insônia <i>Depois que _____ aconteceu, você teve dificuldade para pegar no sono (começar a dormir) ou para dormir a noite inteira? Quanto tempo você demorava para começar a dormir? Você acordava no meio da noite? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Irritabilidade ou Crises de Raiva <i>Depois que _____ aconteceu, você ficou mais irritado ou mal-humorado? Você começou a ter muitos ataques de raiva? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

SE RECEBEU ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA, COMPLETE O RESTANTE DOS ITENS PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (ATUAL) DA PRÓXIMA PÁGINA.

SE RECEBEU ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA COMPLETE O RESTANTE DOS ITENS PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (PASSADO) DA PRÓXIMA PÁGINA.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Estresse Pós-Traumático atual ou no passado).

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: QUESTÕES SUPLEMENTARES

Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
1. Brincadeiras Repetitivas Relacionadas ao Evento / Reencenação						
<i>Em brincadeira, você faz de conta que _____ estava acontecendo?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>As vezes você brinca de _____ com seus bonecos? Você brinca disso muitas vezes ou de vez em quando?</i>						
Em resposta a abuso sexual podem ser observados comportamento acentuadamente sedutor, brincadeiras de cunho sexual com bonecos ou com outras crianças ou aumento de atividade masturbatória. Em resposta a abuso físico ou testemunho de violência doméstica podem ser observadas brincadeiras bastante agressivas.						
2. Episódios Dissociativos, Ilusões ou Alucinações						
a. Episódios Dissociativos						
<i>Você já teve crises nervosas em que chegou a ficar "fora do ar", se comportando como se estivesse vivendo aquele momento ruim de novo? Nessas horas, você sabia o que estava se passando ao seu redor? Você tinha controle (noção, idéia) do que você fazia nessas horas?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Ilusões						
<i>Você já teve a impressão de que _____ estava acontecendo outra vez? Essa impressão foi tão forte que na hora foi difícil para você dizer(perceber) se estava acontecendo ou não outra vez? Onde você estava quando essa sensação aconteceu? Você chegou a ouvir ou ver coisas que você sabia que não eram de verdade, mas que faziam você lembrar do que havia acontecido? O que você viu (ou ouviu)?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Alucinações						
<i>Depois que _____ aconteceu, você já escutou ou viu coisas que você achava que eram de verdade, e as pessoas diziam que não eram? O que você viu (ou ouviu)? Você viu alguma sombra ou vulto? Você ouviu a pessoa que o maltratou/ incomodou, ou sentiu como se ela estivesse pegando em você?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
3. <u>Exposição a Estímulos que Simbolizam ou se Assemelham ao Evento Provoca Intensa Aflicção</u>						
<i>Você já esteve em algum lugar que fez você lembrar do _____?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Como você se sentiu nessa hora?</i>						
<i>Você já viu pessoas na rua que fizeram você lembrar do _____?</i>						
<i>Como você se sentiu nessa hora?</i>						
<i>Isso fez você sentir como se tudo fosse acontecer outra vez?</i>						
<i>E outras coisas o fazem sentir como se tudo fosse acontecer outra vez?</i>						
<i>Tem alguma data especial ou hora do dia que faz você lembrar do _____ e que o faz se sentir como se tudo estivesse acontecendo outra vez?</i>						
	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. <u>Esforço para Evitar Atividades ou Situações que Despertam a Lembrança do Trauma</u>						
<i>Você me disse que algumas vezes _____ o faz lembrar do que lhe aconteceu.</i>						
<i>Você tenta evitar _____?</i>						
5. <u>Incapacidade para Relembrar um Aspecto Importante do Trauma</u>						
<i>Você consegue se lembrar de tudo o que aconteceu?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Se você tentar se lembrar de todos os detalhes, você consegue?</i>						
<i>Se não: Parece que deu um branco na sua cabeça?</i>						
6. <u>Interesse Diminuído nas Atividades</u>						
<i>Desde que _____ aconteceu, você passou a ficar sem vontade de fazer nada (desinteressado, entediado)?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>As coisas que você gostava de fazer, agora ficaram meio chatas ou sem graça?</i>						
7. <u>Sentimentos de Desapego/ Desligamento Afetivo</u>						
<i>Você é de confiar nas pessoas?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Você é do tipo que gosta de estar na companhia de pessoas, de amigos, ou você prefere ficar mais sozinho?</i>						
<i>Foi depois que _____ aconteceu, ou você já era assim?</i>						
<i>É como se você não gostasse mais de estar com pessoas a sua volta e antes você gostava?</i>						
<i>Você se sente sozinho, mesmo quando você está junto de outras pessoas?</i>						

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
8. Incapacidade Para Sentir Emoções						
<i>Tem coisas que faz você ficar alegre? Quando alguma coisa boa lhe acontece você fica feliz? Quando alguma coisa triste lhe acontece você fica triste? Depois que _____ aconteceu, você mudou a sua maneira de sentir as emoções ou de reagir? Como? Como se estivesse anestesiado?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9. Sensação de um Futuro Interrompido						
<i>O que você quer ser quando crescer e for adulto? O que você quer que aconteça no seu futuro? Você se imagina vivendo muitos anos, crescendo e ficando adulto?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10. Dificuldade de Concentração						
<i>Você consegue ficar prestando atenção no que você está fazendo? Depois que _____ aconteceu, você continua prestando atenção nas coisas do mesmo jeito? Você acha que ficou mais distraído? Com dificuldades de se concentrar nos seus trabalhos escolares?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
11. Hipervigilância						
<i>Depois que _____ aconteceu, você ficou mais atento ao que está à sua volta? Ficou prestando atenção em tudo que está em volta de você? É como se você precisasse ficar ligado em tudo e o tempo todo? Passou a conferir se está tudo trancado (porta, janela)? Você já era assim, antes de _____ acontecer?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12. Resposta de Sobressalto Exagerada						
<i>Você se assusta com qualquer barulhinho? Você já era assim antes de _____?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13. Reatividade Fisiológica quando Exposto a Acontecimentos que Simbolizam o Evento Traumático						
<i>Quando você está num lugar (ou vê pessoas) que relembra o _____, como você se sente? Isso faz você passar mal _____? Nessas horas você se sente muito aflito, ansioso? - O que você sente? (observe se a criança ou adolescente menciona sintomas físicos: taquicardia, dispnéia,</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

54

sudorese, tremores, náusea, entre outros)						
14. Limitação	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
a. Socialmente (com crianças da mesma idade):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Com a Família:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Na Escola:						
15. Duração: (em semanas)						

16. Evidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático

I. Crítérios do DSM III-R

1. Pelo menos um dos itens de Revivência:
 1. Pensamentos ou Imagens Recorrentes do Evento, 2. Pesadelos, 3. Brincadeiras Repetitivas, 4. Episódio Dissociativo, Ilusões ou Alucinações, ou 5. Sensação Aflitiva devido Exposição;
2. Pelo menos três dos itens de Evitação Persistente:
 1. Evita Pensamentos ou Sentimentos Associados ao Trauma, 2. Evita Atividades, 3. Incapacidade de Lembrar, 4. Interesse Diminuído, 5. Sentimento de Desapego/Afastamento, Afeto Embotado ou 6. Sensação de um Futuro Limitado;
3. Pelo menos dois dos itens de Excitabilidade Aumentada:
 1. Insônia, 2. Irritabilidade, 3. Dificuldade de Concentração, 4. Hipervigilância, 5. Resposta de Sobressalto Exagerada ou 6. Reatividade Fisiológica; e
4. Duração de pelo menos um mês.

II. Crítérios do DSM IV

- A - Pelo menos um dos itens de Revivência:
O evento traumático é persistentemente revivenciado de um (ou mais) dos seguintes modos:
1. Relembrações recorrentes, intrusivas e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções (em crianças pequenas podem se manifestar por meio de brincadeiras repetitivas sobre o trauma).
 2. Sonhos aflitivos com o evento (em crianças pequenas podem ocorrer pesadelos inespecíficos).
 3. Age ou sente como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (episódios dissociativos, ilusões ou alucinações).
 4. Intensa sensação aflitiva devido à exposição a estímulos que se parecem ou simbolizam aspectos do trauma.
 5. Reatividade fisiológica a estímulos.
- B - Pelo menos três dos itens de Evitação Persistente:
1. Evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma.
 2. Evita atividades lugares ou pessoas que façam lembrar o trauma.
 3. Incapacidade de lembrar importantes aspectos do trauma.
 4. Diminuído interesse ou participação em atividades importantes.
 5. Sentimento de desapego ou desligamento afetivo.
 6. Incapacidade para sentir emoções.
 7. Sentimento de um futuro limitado.
- C - Pelo menos dois dos itens de Excitabilidade Acentuada:
1. Insônia.
 2. Irritabilidade.
 3. Dificuldade de concentração.

Resumo EA	Resumo EMGP
--------------	----------------

0 1 2	0 1 2
-------	-------

0 1 2	0 1 2
-------	-------

4. Hipervigilância.
5. Resposta de sobressalto exagerada.

D - Duração de pelo menos um mês; e

E - Evidência de sofrimento clinicamente significativo ou limitação funcional.

55

17. Evidência de Transtorno de Estresse Agudo
(somente critério do DSM-IV)

Seja ao vivenciar, seja imediatamente após vivenciar o acontecimento traumático, três dos seguintes sintomas dissociativos são claramente confirmados:

- 1) Sensação subjetiva de embotamento, desapego ou ausência de resposta emocional;
- 2) Diminuição da percepção do ambiente circundante (p.ex., estar atordoado);
- 3) Desrealização;
- 4) Despersonalização; ou
- 5) Incapacidade de lembrar aspectos importantes do trauma.

Além disso, se o acontecimento traumático é revivido, há evidência de evitação acentuada de estímulos que despertam recordação do trauma, sintomas acentuados de maior excitabilidade e limitação no funcionamento. Os sintomas persistem por pelo menos dois dias e no máximo por quatro semanas, e ocorrem até quatro semanas após o evento traumático.

Resumo EA	Resumo EMGP
--------------	----------------

0 1 2	0 1 2
-------	-------

ANEXO F

Instrumento Estresse Pós Traumático do Cuidador

Clinician Administered PTSD Scale - CAPS

	<i>Sint. atuais</i>		<i>Sint. ao longo da vida</i>	
	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>
<i>B. O evento traumático é persistentemente revivido</i>				
(1) lembranças recorrentes e intrusivas				
(2) aflição quando exposto a eventos relacionados				
(3) atua ou sente como se o evento recorresse				
(4) sonhos angustiantes recorrentes sobre o evento				
<i>Número de Sintomas Atuais para o Critério B (Precisa 1)</i>	<i>Atinge Critério? Sim /Não</i>			
<i>Número de Sintomas ao Longo da Vida para o Critério B (Precisa 1)</i>	<i>Atinge Critério? Sim/Não</i>			

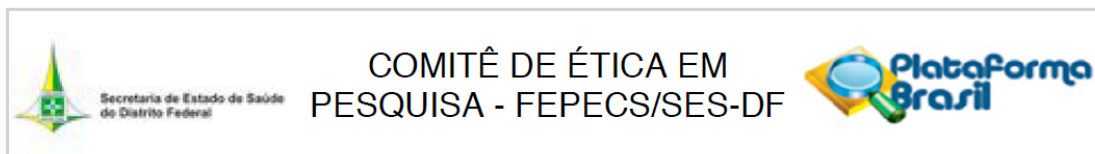
	<i>Sint. atuais</i>		<i>Sint. ao longo da vida</i>	
	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>
<i>C. Esquiva persistente de estímulos/diminuição da responsividade</i>				
(5) esforço para evitar pensamentos ou sentimentos				
(6) esforço para evitar atividades ou situações				
(7) incapacidade para lembrar aspectos do trauma				
(8) diminuição do interesse em atividades usuais				
(9) sentimento de alienação e estranheza				
(10) restrição da afetividade				
(11) perspectiva de futuro reduzida				
<i>Número de Sintomas Atuais para o Critério C (Precisa 3)</i>	<i>Atinge Critério? Sim /Não</i>			
<i>Número de Sintomas ao Longo da Vida para o Critério C (Precisa 3)</i>	<i>Atinge Critério? Sim/Não</i>			

	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>
<i>D. Sintomas persistentes de aumento da excitabilidade</i>				
(12) dificuldade para adormecer				
(13) irritabilidade ou acessos de raiva				
(14) dificuldade para se concentrar				
(15) hipervigilância				
(16) tendência a assustar-se com facilidade				
(17) reatividade autonômica				
<i>Número de Sintomas Atuais para o Critério D (Precisa 2)</i>	<i>Atinge Critério? Sim /Não</i>			
<i>Número de Sintomas ao Longo da Vida para o Critério D (Precisa 2)</i>	<i>Atinge Critério? Sim/Não</i>			

	<i>Sint. atuais</i>	<i>Sint. ao longo da vida</i>
<i>CAPS Avaliação Global</i>		
(18) impacto sobre o desempenho social		
(19) impacto sobre o desempenho profissional		
(20) melhora global		
(21) validade da avaliação		
(22) gravidade global		

	<i>Sint. atuais</i>		<i>Sint. ao longo da vida</i>	
	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>	<i>Freq</i>	<i>Ints</i>
<i>Características Associadas ou Hipotéticas</i>				
(23) sentimento de culpa por participação ou omissão				
(24) sentimento de culpa por ter sobrevivido				
(25) tendência homicida				
(26) decepção com autoridade				
(27) sentimento de desesperança				
(28) memória prejudicada, esquecimento				
(29) tristeza e depressão				
(30) sensação de estar arrasado				
<i>Número de Sintomas Associados</i>	<i>Atuais : _____</i>			
<i>Número de Sintomas Associados</i>	<i>Ao Longo Da Vida : _____</i>			

ANEXO G
Parecer CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção da vivência de queimadura na criança e no cuidador

Pesquisador: Mariana Guedes Coelho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10822913.9.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional da Asa Norte - HRAN

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 204.342

Data da Relatoria: 04/02/2013

Apresentação do Projeto:

A criança vítima de queimadura passa por momentos de dor física e repercussões emocionais, pois seu tratamento pode envolver períodos de hospitalização e procedimentos cirúrgicos invasivos. O cuidador que acompanha os procedimentos dolorosos do tratamento e as dificuldades da reabilitação também se fragiliza. Porém, aquele que consegue se adaptar as necessidades da criança durante o seu tratamento ameniza o ambiente aversivo da hospitalização, acolhendo e transmitindo segurança necessária para adesão aos procedimentos definidos pelos diferentes profissionais que compõem a equipe de atendimento. A criança queimada além de ter a sua pele reepitelizada deve se adaptar a perda do corpo anterior e estruturar uma nova concepção de si a partir das marcas deixadas pela queimadura. O cuidador que participou do processo de desenvolvimento e constituição psíquica da criança pode oferecer recursos que permitam à criança assimilar o ocorrido. Cuidadores e familiares durante o processo de reabilitação podem facilitar ou não a forma como a criança aceita ou rejeita a sua reinserção social, assim como seu novo corpo marcado pela queimadura. Diante do exposto o presente estudo busca analisar a percepção da vivência de queimadura na criança e no cuidador.

Objetivo da Pesquisa:

-Objetivo Geral

Analisar a percepção da vivência da queimadura na criança e no cuidador.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

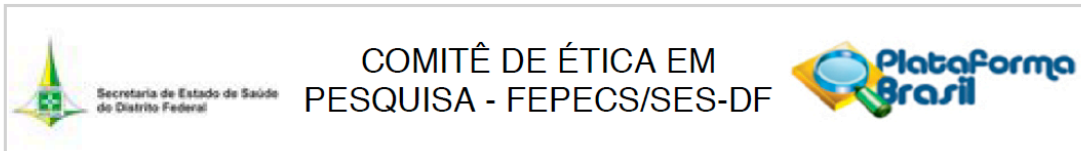
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



-Objetivos específicos

- 1) Analisar a percepção da criança sobre o tratamento, seqüela, reabilitação e a experiência de seu cuidador durante cada uma dessas fases;
- 2) Analisar a percepção do cuidador a respeito de sua experiência durante o tratamento e reabilitação, e sobre a seqüela da criança queimada;
- 3) Identificar a ocorrência de sintomas de estresse pós traumático nas crianças e seus cuidadores no período mínimo de um ano após a alta hospitalar;
- 4) Relacionar a percepção da criança sobre o tratamento, seqüela, reabilitação e experiência do cuidador durante cada uma dessas fases, com os resultados da avaliação de estresse pós traumático da criança
- 5) Relacionar a percepção do cuidador sobre o tratamento, reabilitação e seqüela com os resultados da avaliação de estresse pós traumático do cuidador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que podem surgir durante o presente estudo é a eventual constatação de algum sofrimentopsicológico, tanto na criança como no cuidador. Neste caso, os participantes da pesquisa serão encaminhados, para atendimento especializado DEVIDAMENTE ASSEGURADO PELA PESQUISADORA E PELO AMBULATÓRIO DE PSICOLOGIA DA UNB, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa a ser desenvolvida apresenta um delineamento descritivo e se caracteriza, conforme Straub (2005) como um estudo exploratório.

-Local: A pesquisa será realizada no ambulatório da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF, onde são atendidas crianças com seqüelas de queimadura, local onde a pesquisadora desenvolve atividades de assistência.

-Participantes: Participarão do estudo crianças entre seis e 12 anos de idade e seus acompanhantes. O critério de idade estabelecido considerou a inserção escolar e possibilidade de expressão verbal. O número estimado de participantes será 20 com base na demanda encontrada no ambulatório da Unidade de Queimados.

-Critério de inclusão: As crianças que serão incluídas devem ter sofrido queimaduras de 2º grau profundo e de 3º grau que possuem forte tendência à cicatrização hipertrófica, à formação de contraturas e deformações, respectivamente (Serra, Gomes & Crisóstomo, 2006). As crianças participantes deverão ter tido alta hospitalar há no mínimo um ano. Os cuidadores das crianças devem ter sido o principal responsável pela criança durante o tratamento anterior e posterior à alta

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepsesdf@saude.df.gov.br



médica.

-Instrumentos:1)Questionário sociodemográfico, 2) Ficha de dados clínicos da criança queimada,3)entrevista semi estruturada,4)Instrumento Estresse Pós Traumático,5)Desenho

-Procedimentos de coleta de dados:Primeiramente o projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética, após a sua aprovação, a coleta de dados será efetuada durante o atendimento ambulatorial dos pacientes, o qual, é integrado à rotina do serviço que ocorre uma vez por semana. Inicialmente será feita uma triagem a partir dos dados clínicos coletados nos prontuários de cada paciente, os que atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa serão convidados a participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante a aceitação por parte da criança e do cuidador. A entrevista semiestruturada e o preenchimento do questionário de avaliação do Estresse Pós Traumático serão realizadas com ambos participantes separadamente. O questionário sóciodemográfico será aplicado por último e apenas no cuidador, finalizando a coleta de dados com a solicitação para a execução dos desenhos pela criança.

-Análise dos dados:A análise dos dados será feita por meio da categorização conceitual das entrevistas semiestruturadas, da avaliação dos questionários, da análise dos desenhos e da análise estatísticas das correlações da escala de Estresse Pós Traumático.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Folha de rosto: devidamente apresentada e assinada.

-Termos de Concordância: devidamente apresentados e assinados.

-Currículo vitae: devidamente apresentados e adequados a realização da pesquisa.

-Projeto de Pesquisa:APRESENTADO E ADEQUADO.

-Planilha de orçamento: devidamente apresentada.

-Cronograma: devidamente apresentado.

-TCLE: ADEQUADO.

contido no final do texto.

-Termo assinado pelo serviço de psicologia da Unb garantindo o atendimento aos sujeitos que forem identificados durante a realização da pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

AS PENDÊNCIAS ANTERIORMENTE SOLICITADAS FORAM TODAS ADEQUADAMENTE CORRIGIDAS E APRESENTADAS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br

ANEXO H

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor (a) e a criança pela qual é responsável estão sendo convidados (as) a participar como voluntários de uma pesquisa cujo título é: A percepção da vivência de queimadura na criança e no cuidador. O objetivo da pesquisa é analisar a percepção da vivência de queimadura na criança e no cuidador.

A sua participação e da criança pela qual é responsável nos auxiliará a compreender a percepção da vivência da queimadura tanto para o cuidador como para a criança e com isto contribuir com novos aspectos na discussão para o tratamento e assistência de criança queimadas e seus cuidadores.

A sua contribuição consistirá na realização de uma entrevista sobre a percepção da vivência da queimadura como cuidador, a resposta à um instrumento de avaliação dos sintomas de estresse pós traumático, e à um questionário sociodemográfico. A participação da criança também será por meio de uma entrevista sobre a sua percepção da vivência da queimadura, resposta ao instrumento de avaliação dos sintomas de estresse pós traumático, adequadamente adaptados, e a realização de dois desenhos. Dados sobre a condição clínica da criança no momento da internação e após a alta médica serão consultados no prontuário. A pesquisa será realizada no ambulatório do HRAN, com duração aproximada de uma hora.

Todas as instruções necessárias para o andamento da pesquisa será oferecido antes e durante a aplicação dos instrumentos, sendo possível interromper em qualquer momento para esclarecimento de dúvidas.

Garantimos que seus dados pessoais e da criança serão mantidos em total sigilo, omitindo informações que possam vir a lhes identificar, inclusive nome, local de trabalho, endereço e o nome de pessoas que, porventura, venham a ser citados durante a pesquisa. O (a) senhor (a) e a criança podem se recusar a responder qualquer questão que lhes traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

O resultado desta pesquisa será apresentado como uma dissertação de mestrado e poderá ser divulgada em revistas e congressos científicos, mantendo o sigilo da sua identidade. Os dados coletados e o material utilizado na pesquisa ficará sob guarda da pesquisadora e arquivada no Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano Labsaudes – Universidade de Brasília – UnB/ DF.

Os riscos que podem surgir durante o presente estudo é a eventual constatação de algum sofrimento psicológico. Neste caso, vocês serão encaminhados, pelos pesquisadores, para atendimento especializado. Este mesmo aspecto pode ser considerado um benefício, no sentido de alerta-los sobre algumas dificuldades sua ou em relação à criança que não haviam sido percebidos até então e nem recebido a devida atenção por parte de profissionais especializados.

Sua assinatura a seguir indica que você leu este Termo de Consentimento, esclareceu suas dúvidas, livremente concordou em participar desta pesquisa nos termos acima indicados e autorizou a participação da criança pela qual é responsável. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, em caso de dúvidas com relação aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3326-0119.

Desde já agradecemos muito a sua colaboração.

Atenciosamente,

Mariana Guedes Coelho
CRP - 01/15265

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, abaixo assinado, eu concordo em participar e autorizo a criança pela qual sou responsável a participar do estudo: A influência da relação cuidador e criança na elaboração da vivência de queimadura. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Mariana Guedes Coelho sobre a pesquisa, e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Brasília, ____ de _____ de 2012.

Nome do participante:
