



**PUC** GOIÁS



MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**A Família da Criança Vítima de Queimaduras: Vivência dos pais frente à Hospitalização**

**JOELMA DE MATOS VIANA**

**GOIÂNIA-GOIÁS  
2013**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**A FAMÍLIA DA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURAS: Vivência dos pais  
frente à Hospitalização**

**JOELMA DE MATOS VIANA**

**ORIENTADOR: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Luc Vandenberghe**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**GOIÂNIA-GOIÁS**

**2013**

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Viana, Joelma de Matos.  
V614f A família da criança vítima de queimaduras: vivência dos  
pais frente à hospitalização [manuscrito] / Joelma de Matos  
Viana. – 2013.  
151 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Goiânia, 2013.  
“Orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe”.

1. Família - Aspectos psicológicos. 2. Queimaduras. I. Título.

CDU 364.64:615.5-001.17(043)



*“A verdadeira viagem do descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos.”*

*(Marcel Proust)*

*Este trabalho é dedicado à minha família e ao Núcleo de Proteção aos Queimados*

*Ao meu esposo, **Luciano Gonçalves da Silva**... Pensei infinitamente em como expressar a minha gratidão, o meu amor, mas faltaram-me palavras que representassem tudo o que você significa nas nossas vidas. Agradeço sempre pelo apoio em situações difíceis, pelo incentivo à persistência, o cuidado incondicional aos nossos filhos, tentando acalentá-los pela minha ausência... Deus me concedeu bênçãos infinitas e você é uma delas Meu Bem!*

*Aos nossos filhos: **Arthur, Maria Antonia e Pedro**... desculpem-me a ausência, o choro, a tensão, ansiedade e todas as fragilidades de uma mãe que estava buscando proporcionar o melhor a todos nós! Vocês me motivam, me alegram e reforçam a minha existência! Vocês são a razão da minha vida!*

*Aos meus pais, **Viana e Maria**, a quem dedico este trabalho, por serem participantes insubstituíveis na minha vida, na minha formação, e nesta especial conquista! Vocês que sempre me estimularam sem nunca poupar esforços para que eu realizasse meus sonhos. Sou privilegiado por tê-los ao meu lado, sempre tão presentes e dedicados e como exemplo de persistência e honestidade. Pelo amor, segurança e apoio em todos os momentos da minha vida, minha eterna gratidão.*

*A minha avó **Joventina**, que só de pensar me emociona... Obrigado pelo apoio vó, pelo seu deslocamento para cuidar dos meus filhos enquanto eu viajava. A senhora sempre se esforçou para me tranquilizar... e eu não tenho como agradecer!*

*Aos meus irmãos, **Gisele e Diego**. Somos alicerces de uma família feliz, que adotamos como modelo para construir as nossas! Agradeço por me suportarem a cada dia! Por cada palavra que me doaram, por tudo que me emprestaram. Por cada minuto de atenção que me deram. Cada puxão de orelha. Cada luta que lutaram comigo. Por cada loucura que me deram crédito, e por cada novidade que me apoiaram. Agradeço a vocês por todo o perdão que me deram! Amor infinito!!!*

*Aos meus tios **Dilson e Geruza**, pelo apoio emocional e logístico, pelo abrigo nestes dois anos, aliás, em muitos outros anos! Esse amparo foi imprescindível para continuar esta caminhada. Em vossa casa me sentia em casa, obrigado infinitamente pelo cuidado de filha que sempre me dispensaram!*

*Ao NPQ, a Dra. Maria Tereza, Dra. Mônica, e a Rosa, o meu contato sempre tão disponível. Vocês aceitaram a proposta de alguém desconhecido por acreditarem nos benefícios que seriam garantidos aos seus pacientes. Sem vocês eu não teria alcançado os resultados dos quais tanto me orgulho.*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Agradeço antes de tudo a Deus, que sempre esteve ao meu lado, nas minhas quedas, nas minhas fraquezas, nas lutas e controvérsias, vitórias e derrotas. Sei que, principalmente agora, estás ao meu lado. Obrigado por este presente que agora me ofereces. Obrigado por tudo que vi, ouvi e aprendi. Obrigado pela graça. Obrigado pela Vida! Mais importante que o lugar que ocupas em mim, é a intensidade de tua presença em tudo que faço.*

*Ao meu orientador, o **Profº Dr. Luc Vandenberghe**, pela aceitação, contribuição ímpar dedicada na construção deste trabalho. Obrigado por me ajudar a afastar o medo das coisas que não compreendia, levando-me, por fim, a compreendê-las...Obrigado por ter me ajudado a dominar a insegurança, sempre me apontando os resultados positivos que alcançava.*

*Aos amigos e colaboradores: Elzi, Rosani, Silmara, Duda, Nina, Leandro, Karina, Geane, Tia Dulce, Éricka, Washington, Vera, Vanessa, Gislaine, Luciana, Walderly, Cleide, Ethel, Valdinei, e tantos outros que minha emoção não permite recordar agora. Não se sintam desconsiderados por não terem seus nomes revelados aqui.*

*Aqueles me encantaram ao ingresso no mestrado. Aos que me acompanharam durante as viagens, na jornada da pesquisa, partilhando comigo todas as dificuldades que encontrei. E foram muitas!!!*

*Aos que dividiram comigo inúmeras responsabilidades que eram minhas, mas que buscaram minimizá-las para me apoiar. As minhas companheiras de plantão, que quando não estavam dividindo o mesmo turno comigo estavam em outros momentos se desdobrando para me ajudarem no cumprimento da minha escala. Aos amigos que ganhei há muito tempo, ou há pouco tempo, isso não importa! Satisfaz-me grandiosamente saber que vocês fazem parte da minha história! Vocês me ajudaram imensamente!*

*Aos meus familiares: tios, primos, sobrinhos, cunhados, que sempre acreditaram no meu êxito, me incentivaram, e agora partilham comigo desta vitória!*

*À Faculdade São Francisco de Barreiras, pelo apoio financeiro e pedagógico. Pelo incentivo. Espero que os bons resultados tornem os caminhos cada vez mais abertos a novas oportunidades.*

VIANA, J.M. A família da criança vítima de queimaduras: **Vivência dos pais frente à Hospitalização**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás- PUC. Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. Goiânia, 2013. f. 151.

## RESUMO

Significativos avanços no conhecimento acerca dos impactos do trauma da queimadura sobre a vítima e seus familiares têm sido alcançados nas últimas décadas. Visando contribuir com tais resultados este estudo teve objetivo geral investigar a vivência de pais frente à situação de hospitalização e reabilitação física e emocional da criança queimada. Para o alcance dos resultados foi adotado o estudo qualitativo de caráter interpretativo seguindo o referencial metodológico da Teoria Fundamentada em Dados. O estudo foi realizado no Núcleo de Proteção aos Queimados, uma ONG vinculada ao Hospital de Queimaduras do estado de Goiás, e contou com a participação de nove mães e um pai de crianças que foram vitimadas pela queimadura. Os dados foram coletados entre os meses de junho e outubro de 2012 por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado e posteriormente analisados seguindo a codificação inicial e focalizada proposta por Charmaz. Da análise emergiram quatro categorias centrais, algumas com subcategorias, que estão assim apresentadas: *A História do Acidente (com as subcategorias Condição e Cena do Acidente e A Família diante do Trauma); Impactos da Queimadura sobre a Família; Implicações da Queimadura Sobre a Vida da Criança; Percurso (com as subcategorias: Vivências, Enfrentamento, Recursos e Ressignificação)*. Os resultados encontrados levam a perceber a importância da garantia de permanência do familiar junto à criança durante a hospitalização como um elemento fundamental no processo de recuperação da vítima. Os episódios dolorosos vivenciados levam a uma reflexão e produção de sentidos para a experiência da doença, reordenando a vida da família, que aprende e ressignifica os seus conceitos e valores a partir do trauma, pois recebe apoio incondicional de profissionais especializados durante a hospitalização inicial e, posteriormente, na fase de reabilitação física e social.

PALAVRAS CHAVE: Queimaduras; Família; Hospitalização.

**VIANA, J.M.** The family of child burn victim: **The Parents experience towards Hospitalization**. Thesis (Master's Degree) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás- PUC. Master's Degree in Environmental Sciences and Health. Goiânia, 2013. f. 151.

### **ABSTRACT**

Significant advances in knowledge about burn trauma impacts on the victim and their families have been achieved in recent decades. In order to contribute with these results, this paper aimed to investigate the experience of parents facing the hospitalization and the physical and emotional rehabilitation of child burn victim. Furthermore, as specific goals: Identify how and under what conditions the burns occurred; know the adopted procedure to cope with burn accidents and the feelings experienced due to the process that culminated in the accident and subsequent hospitalization; verify the adoption of preventive measures after the accident. The paper adopted qualitative and interpretative characters following the methodological framework of Grounded Theory. The study was conducted at the Center of Burn Victims Protection, an NGO linked to Burns Hospital in Goiás, with nine mothers and one father who have had their children victimized by burns. Data were collected between June and October 2012 using a semi-structured interview and subsequently analyzed following the initial and focused coding proposed by Charmaz. Four central categories emerged from the analysis, some with subcategories, which are presented as follows: *The History of Accident (with the subcategories: Condition and Scene of the Accident and Trauma on the Family); Impacts of the Burn on the Family; Implications of Burn on a Child's Life; course (with the subcategories: Experiences, Coping, Resources and Reinterpretation)*. The results lead to realize the importance of ensuring the permanence of the family with the child during hospitalization as a key element in the process of recovery of the victim. The painful episodes experienced lead to a reflection and a production of meanings to the illness' experience, rearranging the family's life, that learns and reframes their concepts and values from the trauma because it receives unconditional support of professionals during the initial hospitalization and then on the phase of physical and social rehabilitation.

**KEYWORDS:** Burns; Family; Hospitalization.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	9
SUMÁRIO .....	10
LISTA DE FIGURAS .....	12
1 APRESENTAÇÃO .....	13
1.1 INTRODUÇÃO .....	16
1.1.1 CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DA QUEIMADURA .....	16
1.1.2 CAUSAS DE QUEIMADURAS .....	18
1.1.3 GRAVIDADE E PROGNÓSTICO .....	19
1.1.4 TRATAMENTO .....	22
1.1.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	24
1.1.6 PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS .....	25
1.1.7 IMPACTO DO TRAUMA DA QUEIMADURA .....	27
2. OBJETIVOS .....	31
3. MATERIAL E MÉTODO .....	32
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	32
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	35
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	35
3.4 PROCEDIMENTOS .....	36
3.4.1 Coleta de Dados .....	36
3.4.2 Análise dos Dados .....	38
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	41
4.1 Caracterização dos Participantes do Estudo .....	41
Rosa, mãe de João .....	41
Joana, mãe de Raíssa .....	41
Josefa, mãe de Gabriela .....	42
Maria, mãe de Júlia .....	42
Tereza, mãe de Laura .....	43
Fátima, mãe de Pedro .....	43
Carlos, pai de Davi .....	44

Zélia, mãe de Bruna .....	44
Cristina, mãe de Luiza .....	45
Rafaela, mãe de Sofia .....	45
Definição das Categorias .....	46
<i>Categoria 1 - A História do Acidente</i> .....	47
<i>Condições contextuais e cena do acidente</i> .....	47
<i>A família diante do trauma</i> .....	55
<i>Categoria 2 - impacto da queimadura sobre a família</i> .....	62
<i>Categoria 3 - Implicações da queimadura sobre a vida da criança</i> .....	86
<i>Categoria 4 - Percurso</i> .....	101
<b>Vivência</b> .....	101
<b>Enfrentamento</b> .....	110
<b>Recursos</b> .....	113
<i>Apoio Profissional Expressivo durante a Hospitalização</i> .....	113
<i>Inserção e participação no núcleo de proteção aos queimados</i> .....	118
<i>Espiritualidade</i> .....	124
<b>Ressignificação</b> .....	127
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	134
REFERÊNCIAS .....	136
ANEXOS .....	144
ANEXO A .....	145
ANEXO B .....	148
ANEXO C .....	149
APÊNDICES .....	150
APENDICE A .....	151

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representação do modelo.....	47
Figura 2 A história do acidente.....	48
Figura 3 Impacto do trauma sobre a família e a criança.....	63
Figura 4 Percurso.....	102

## 1 APRESENTAÇÃO

Queimaduras se configuram como o maior trauma que pode acometer o ser humano, uma vez que nenhum outro vem a desencadear uma resposta metabólica tão intensa sobre quase todos os órgãos e sistemas do nosso organismo. Seu impacto envolve não somente as repercussões imediatas das queimaduras, mas também as sequelas físicas e emocionais que atingem não somente o indivíduo queimado, mas também a sua família, que os acompanha durante toda a vida (PEREIMA, 2004).

No Brasil, são atendidos cerca de um milhão de casos de queimadura por ano e Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, destes, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil necessitam de hospitalização, em que o tratamento gera um custo mensal de aproximadamente um milhão de reais por mês para o Ministério da Saúde. Segundo Rossi et al., (2003) as crianças e os adolescentes estão entre as maiores vítimas de queimaduras. Entre as situações que mais oferecem riscos de acidentes estão a manipulação de líquidos, produtos químicos, manipulação de panelas no fogão, tomadas elétricas, entre outros, e estes acontecem em sua grande maioria em casa (ROCHA et al., 2007)

A queimadura é definida como lesões produzidas por ações de agentes que destroem células e alteram sua substância proteica, podendo ser causada por agentes físicos térmicos (frio ou calor), tais como eletricidade, raios solares, fogo, vapores ou agentes químicos (corrosivos), ácidos (TREVILATO, 2001). Um estudo realizado por Montes, Barbosa e Neto (2011) revela que de um total de 346 pacientes atendidos numa unidade de pronto socorro na cidade de Uberaba, 138 permaneceram internados. Destes, aproximadamente 34% tinham idade entre 0 e 14 anos, 46% dos acidentes ocorreram em casa, e 67,4% foi de natureza acidental. A queimadura por escaldamento foi evidenciada como a principal causa deste infortúnio entre crianças de 0 a 14 anos.

Rossi et al., (1998) relatam que se observa um alto número de acidentes por queimaduras com crianças e adultos em idade produtiva e ainda, que muitos desses acidentes poderiam ser evitados através da implementação

de programas educativos. A necessidade de implementação de programas de prevenção de acidentes por queimaduras com ênfase no ambiente doméstico e os riscos a que as pessoas estão expostas são defendidas pela autora em estudos posteriores ( Rossi *et al* 2003).

Pode-se então afirmar que a falta de cuidados, atenção e a deficiência de maiores informações sobre medidas preventivas, por parte dos familiares, constituem-se como as principais causas de acidentes com queimaduras em crianças. Varela (2009) afirma ainda que na maioria dos casos, a família desconhece ou negligencia medidas importantes que contribuiriam para diminuir ocorrência das queimaduras, bem como, as condutas adequadas a serem adotadas caso estas aconteçam.

A queimadura tem sido vista como um trauma agressivo e extremamente destrutivo ao ser humano, e esta magnitude relaciona-se não somente pelo fato de acontecer frequentemente, mas principalmente pelas sequelas funcionais, estéticas e psicológicas que ocasiona no indivíduo (WERNECK, REICHENHEIM, CORPEGIANI, 2006). O cuidado à vítima de um trauma desta natureza envolve diversos níveis de atenção, entre os quais estão a assistência pré-hospitalar, pronto-socorro, leitos para internamento em enfermaria especializada e em unidade de terapia intensiva, acompanhamento ambulatorial e readmissões em casos de tratamento das sequelas (ARRUNÁTEGUI, 2011), o que a reafirma como um agravo extremamente impactante e doloroso sobre o cenário familiar, reiterando a necessidade deste estudo.

A presença das figuras paterna e materna para uma criança vítima de queimadura é de suma importância durante a hospitalização e após este período, uma vez que a família se afirma como um fator de mediação significativo para o ajustamento da criança queimada ao trauma da lesão, consequente hospitalização, e posterior fase de recuperação. Em grande parte das situações é no momento da reabilitação que as pessoas começam a entender a extensão da sua queimadura e a pensar em como ficarão as sequelas deixadas por ela. Também começam a se perguntar se haverá comprometimentos maiores da estrutura ou do funcionamento do seu corpo (CARLUCCI et al., 2007).

A internação da criança representa renúncia aos seus hábitos rotineiros, além de trazer à família sentimentos de medo, insegurança e impotência diante do filho queimado, o que remete a necessidade do suporte adequado da equipe multidisciplinar para o enfrentamento de um momento tão difícil em suas vidas (BICHO e PIRES, 2002).

A vivência profissional em uma unidade de Centro Cirúrgico me fez perceber o quanto é difícil para os pais acompanharem os seus filhos durante a hospitalização, seja na fase aguda ou de reabilitação do tratamento, pelo fato de eles mesmos se encontrarem despreparados e desprotegidos diante da dor ocasionada pelo trauma. Partindo dessa premissa surgiu como questão norteadora dessa pesquisa: qual a realidade vivenciada por pais frente à hospitalização e tratamento de um filho vitimado pela queimadura?

Sendo assim, se torna fundamental conhecer os problemas que envolvem este processo, as estratégias de enfrentamento adotadas e a repercussão social e emocional causada pelo impacto da queimadura na criança sobre a família. Considera-se relevante a realização de uma pesquisa em que se busque compreender o sentimento e vivência de pais que tiveram filhos vitimados por queimaduras, destacando a sua importância no decorrer do cuidar desta criança. Este estudo pretende contribuir não apenas com as participantes da pesquisa, mas ainda, e principalmente, com as unidades de atendimento em geral, e especializadas, pois tais dados podem contribuir para um melhor relacionamento entre acompanhantes, familiares e profissionais da instituição prestadora do serviço.

A relevância deste está não somente em conhecer a vivência e o sentimento de pais que tiveram um filho vitimado pela queimadura, mas principalmente em permitir que este conhecimento torne mais humano e acolhedor o profissional que gerencia o cuidar e assiste o indivíduo em situação de internamento, como tentativa de garantir que os danos físicos e psíquicos sejam minimizados. Essa adoção de medidas humanísticas envolve, principalmente, a facilitação do acesso dos familiares no cuidado ao seu filho, que diante de um momento de crise e trauma sofrido necessita de apoio para lidar com a situação nova e inesperada.

O estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva permitiu investigar e conhecer a vivência, a perspectiva e os sentimentos que envolvem o cuidar da criança hospitalizada por queimadura.

## **1.1 INTRODUÇÃO**

### **1.1.1 CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DA QUEIMADURA**

A queimadura é definida como a lesão de tecidos orgânicos em consequência a um trauma térmico, que varia desde uma pequena bolha na pele até lesões graves que podem desencadear diversas respostas orgânicas, proporcionais à extensão e profundidade das lesões (GOMES e SERRA, 1999). As lesões podem ser produzidas por agentes físicos térmicos (frio ou calor), tais como eletricidade, raios solares, fogo, vapores; ou agentes químicos (produtos corrosivos): ácidos ou álcalis fortes (TREVILATO, 2001). Segundo Silva (1997) os agentes etiológicos, em ordem decrescente de incidência são: térmicos, elétricos, químicos e radiações ionizantes.

Conforme estudos epidemiológicos, a segunda causa de mortalidade por acidentes em crianças com idade de quatro anos e a terceira acima dessa idade correspondem aos acidentes por queimaduras (BRITO et al., 2010). Brunetto (2004) confirma que os acidentes por queimadura revelam-se como a segunda causa de morte em crianças abaixo de seis anos, perdendo apenas para acidentes automobilísticos.

Segundo Whaley e Wong (1999) “como causa de morte acidental, as queimaduras situam-se em segundo lugar entre meninas e em terceiro lugar entre os meninos”. Para Viana et al (2008) as crianças de até cinco anos estão entre as principais vítimas das queimaduras, e as do sexo masculino estão significativamente mais susceptíveis aos acidentes que ocorrem em sua grande maioria no ambiente doméstico, em especial na cozinha. Para os autores é provável que este resultado esteja relacionado à fase de desenvolvimento em que estas crianças se encontram, uma vez que neste período são ávidas por novas descobertas, exploram o meio ambiente, entretanto não têm consciência

do perigo a que estão expostas. Estudos de mesmo teor afirmam os achados destes autores e atribuem a predominância da queimadura no sexo masculino ao fato de os meninos terem uma tendência às descobertas do meio mais precocemente que as meninas, além de praticarem brincadeiras que envolvem maior risco ao seu desenvolvimento.

Segundo Brunetto (2004), nos Estados Unidos são atendidos mais de um milhão de indivíduos queimados por ano, e este número exorbitante vem sofrendo diminuições ao longo dos anos graças às campanhas de prevenção estabelecidas e a melhoria das condições sócio-econômicas da população. Este progresso considerável, no entanto, não exclui a queimadura de um grave problema de saúde pública uma vez que esta ainda gera gastos importantes aos cofres públicos, além de uma significativa repercussão social.

As hospitalizações por causas externas no país contabilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2000 apontam que as queimaduras foram responsáveis por 28.843 internações (ARRUNATEGUI, 2011). Este mesmo autor afirma que segundo estatísticas do DATASUS referentes ao período de 1998 a 2007 foram detectadas em todo o país 297.729 internações de pacientes queimados, e que destes 182.270 (61,22%) eram do sexo masculino, tendo os menores de 20 anos na faixa etária predominante. Foram totalizados neste período 31.166 óbitos. Tomando a especificidade do presente estudo, este mesmo autor afirma que foram registrados 135.789 internações por queimaduras em crianças, com a seguinte distribuição por faixa etária: 59% de 0 a 4 anos, 25% de 5 a 9 anos e 16% de 10 a 14 anos. As queimaduras térmicas foram as mais comuns, seguidas pelas causadas por agentes elétricos.

As queimaduras térmicas por ação do fogo, eletricidade, explosão de gases, líquidos e metais quentes, vapor, fogos de artifício, são os agentes mais predominantes na ocorrência de acidentes em crianças que em sua grande maioria acontecem em casa ou ao redor dela, e estão relacionados a negligência dos pais/responsáveis ou por hiperatividade da criança (DIAS et al., 2008; SERRA, 1995). Mazzi, Ferreira e Bitencourt (2010) relatam que aproximadamente 2,5 milhões de pessoas sofrem algum tipo de queimaduras ao ano, e que mais de 50% dos casos poderiam ser evitados pelo fato de acontecerem em casa e normalmente por um descuido do responsável.

Reafirmada por dados epidemiológicos, sua gravidade está exposta não somente através das lesões físicas, como também pelas sequelas emocionais que provocam, principalmente quando envolvem indivíduos em extremos de idade.

### 1.1.2 CAUSAS DE QUEIMADURAS

As causas mais frequentes segundo Gomes (2007) são: mastigar fios condutores de eletricidades, maus-tratos infantis, contato, ingestão, inalação ou injeção de ácidos, álcalis ou vesicantes, atrito ou abrasão, manipulação inadequada de fogos, acidentes com veículos motorizados, incêndios residenciais, escaldamentos e exposição ao sol. Bicho e Pires (2002) relatam que entre as situações que originam este tipo de lesões, encontram-se as queimaduras por escaldão, queimaduras por contato com objetos ou superfícies quentes, por chamas, produtos corrosivos, queimaduras elétricas, lesões por inalação de fumo tóxico, e ainda situações originadas deliberadamente por abuso da vítima. As queimaduras por chama representam um dos tipos mais fatais e, comumente, ocorrem quando as crianças brincam com fósforos e, de maneira acidental, ateam fogo nelas mesmas (WHALEY e WONG, 1999).

Oliveira, Ferreira e Carmona (2009), Vendrusculo et al., (2010) corroboram com os relatos anteriores quando afirmam que a maioria dos acidentes com crianças acontece no ambiente doméstico, e devido a manipulação dos líquidos superaquecidos. Além da manipulação dos líquidos estão o contato com produtos químicos e/ou inflamáveis, metais aquecidos, o uso de fogões improvisados na presença de crianças, manipulação de painéis no fogão, cabo de panela para fora do fogão, tomadas elétricas, bombas festivas e fios desencapados ao alcance de crianças (OLIVEIRA et al., 2009)

Acrescenta-se ainda a estes fatores a violência doméstica, que pode ser vivenciada em diversas culturas e classes sociais (VENDRUSCULO et al., 2010). No entanto, entre as famílias que praticam os maus tratos são identificadas situações específicas como a ausência do pai, o aumento de famílias chefiadas por mulheres e famílias de baixa renda. Este autor afirma que estas crianças, ao chegarem aos pronto-socorros com lesões graves, entre

elas a queimadura, provavelmente teriam sofrido maus tratos menos graves anteriormente, e estes certamente não foram notificados ou identificados.

### 1.1.3 GRAVIDADE E PROGNÓSTICO

As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade e extensão da lesão provocada sobre a pele, e quanto mais profunda e extensa, pior será considerado o prognóstico de sobrevivência do paciente (GOMES e SERRA, 1999).

Para Vale (2005) “são múltiplos os fatores envolvidos nas queimaduras que devem ser observados em sua avaliação. A profundidade, extensão, localização da queimadura e a idade da vítima”. Além da importância dos esclarecimentos e conscientização dos familiares acerca da gravidade do quadro deve-se levar em conta e valorizar os fatores que podem influenciar no diagnóstico e tratamento, uma vez que se trata do envolvimento de crianças (FERREIRA, 2006). Esta perspicácia é essencial ao profissional de saúde, e a este compete uma visão analítica e clínica na avaliação dos ferimentos, sendo que estas medidas são de suma importância para o diagnóstico e tratamento em todo o período de hospitalização (MAZZI, FERREIRA e BITTENCOURT, 2010)

O grau de uma queimadura é avaliado de acordo a profundidade da lesão causada por uma gama de agentes etiológicos como agravante em contato com a pele. Por se tratar de uma ferida tridimensional é avaliada também em relação a profundidade. “São adotados tradicionalmente os termos primeiro, segundo e terceiro grau para descrever a profundidade das lesões teciduais” (WHALEY; WONG, 1999). Segundo Dias et al., (2008) as queimaduras de segundo e terceiro grau quando extensas, apresentam sinais e sintomas que precisam, geralmente de tratamentos direcionados e de internamento para a realização de cuidados especializados.

A classificação de 1º grau de queimadura segundo Koester (2010) é definida pelo contato superficial com chamas, exposição aos raios solares. Oliveira, Ferreira e Carmona (2009) afirmam que a lesão de primeiro grau distingue por não ocorrer formação de bolhas, ficando a área atingida

hiperemiada, inchada e dolorosa. Estas queimaduras são as menos graves, não proporcionam bolhas como lesões por tempo prolongado à exposição solar e apresentam em seu quadro clínico hiperemia, sensibilidade, edema (MAZZI, FERREIRA e BITTENCOURT, 2010).

Na classificação da queimadura de segundo grau, Soares, Gerelli e Amorim (2010) relatam que a mesma apresenta-se com perda de porção superficial da pele e bolhas. As de segundo grau são descritas como sendo as mais dolorosas, representando um agravante para possíveis implicações principalmente psicológicas (OLIVEIRA, FERREIRA e CARMONA, 2009). Apresentam lesões profundas com bolhas na pele, com base vermelha ou branca, contendo líquido claro e espesso. A restauração da pele na queimadura de segundo grau se dá em 14 a 21 dias podendo ser superficiais ou profundas e com a possibilidade de deixar cicatriz (MAZZI, FERREIRA e BITTENCOURT, 2010).

Diferentemente das anteriormente citadas na queimadura de 3º grau há possibilidade de se atingir ou não estruturas mais profundas, apresentando destruição e necrose de todas as camadas da pele. Estas lesões são mais profundas, normalmente indolores, pois a área queimada perde a sensibilidade ao tato, devido destruição das terminações nervosas (SOARES, GERELLI e AMORIM, 2010).

Para se estimar a extensão e gravidade da lesão são adotados alguns métodos, entre eles a regra dos nove, que é utilizada para estimar a extensão da queimadura, sendo a profundidade caracterizada pelo tempo de atuação do agente etiológico e a quantidade de calor atuante por unidade na superfície corporal (SOARES, GERELLI e AMORIM, 2010). A quantidade de tecidos destruídos é que irá determinar quais as respostas fisiológicas, o procedimento terapêutico, o prognóstico e o encaminhamento da vítima lesionada por queimaduras (WHALEY e WONG 1999). Para determinar e classificar a área lesionada de um indivíduo queimado se divide a superfície corporal em seguimentos com múltiplos de 9%, utilizando a regra dos nove (MAZZI, FERREIRA e BITTENCOURT, 2010). Esta é assim definida por Hudak e Gallo (1997, p.894):

“A cabeça é considerada como respondendo por 9% da superfície corporal total, cada braço por 9%, cada perna 18%, o

tronco anterior por 18%, o tronco posterior por 18% e o períneo por 1%, compondo um total de 100%. E importante lembrar que as queimaduras podem ser circunferências ou afetar apenas uma superfície de uma parte corporal. Uma queimadura circunferencial de um braço é de 9%, enquanto que, se for apenas a superfície anterior queimada, o valor será de 4,5%”.

Área	Adulto	Criança até 9 anos	2º Grau	3º Grau	Total da Área Queimada
Cabeça e Pescoço	9%	18% - idade em anos			
Membro Superior Direito	9%	9,0%			
Membro Superior Esquerdo	9%	9,0%			
Tronco Anterior	18%	18,0%			
Tronco Posterior	18%	18,0%			
Genitália	1%				
Coxa Direita	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Coxa Esquerda	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Perna e Pé Direitos	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Perna e Pé Esquerdos	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Total da Área Queimada					

**Quadro 1** : Esquema da regra dos nove.

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2008.

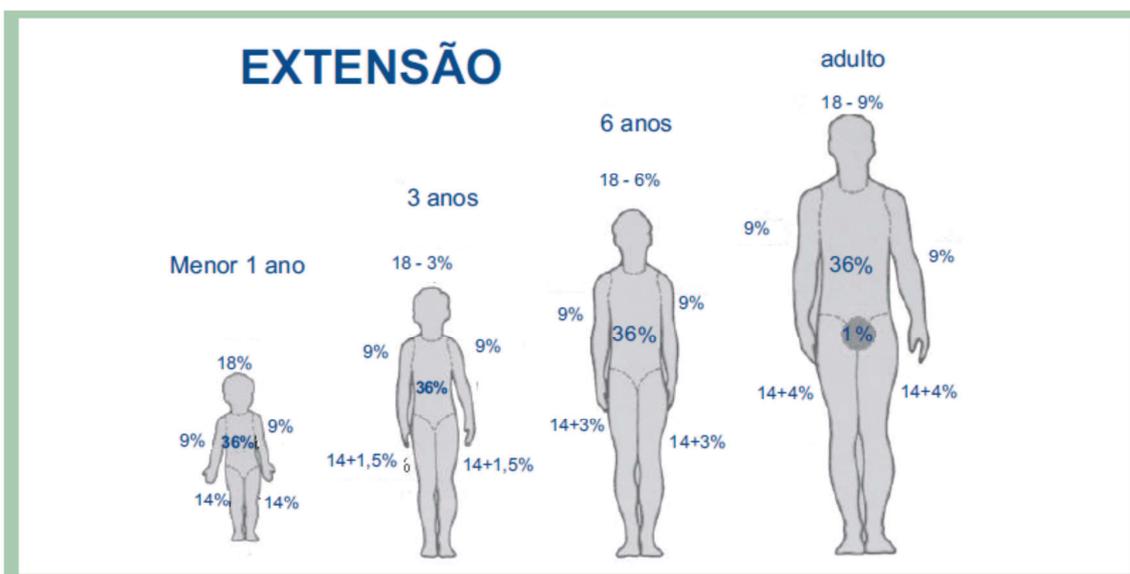


Figura 1: Classificação das queimaduras segundo a profundidade.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2008.

#### 1.1.4 TRATAMENTO

O atendimento pré-hospitalar exige como medida imediata a extinção do fogo, e imersão da área queimada em água corrente fria, ou em água fria por um período de 5 a 10 minutos, cobrindo-a com compressa ou toalha molhada com água fria. Em caso de as roupas aderirem a pele, deve-se molhar bastante com água fria e depois remover vagarosamente e com cuidado. Em caso de queimaduras leves e moderadas ofertar líquidos por via oral, evitando-os caso as lesões sejam de maior gravidade, com mais de 15% da área corporal queimada. Em caso de atendimento pré-hospitalar a casos graves, após o afastamento da fonte de calor deve-se resfriar a queimadura com água corrente. A vítima deve ser tratada como qualquer outra vítima de trauma, estabelecendo prioritariamente a via aérea e circulação (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Whaley e Wong (1999) realizar aplicações de água fria ou manter a área queimada embaixo de água corrente e em temperatura ambiente, não remover nem estourar as bolhas, não utilizar produto algum sobre a ferida, cobrir com uma compressa limpa e retirar jóias e roupas queimadas estão entre os procedimentos utilizados em tratamento de lesões pequenas por queimaduras.

Lavar o local da queimadura é uma iniciativa de primeiros cuidados, utilizado pelos familiares das vítimas por queimaduras após o acidente que reduz a profundidade da lesão, sendo que, quanto maior o tempo de exposição ao agente térmico maior a profundidade da queimadura (BRITO et al. 2010). Na maior parte das pequenas queimaduras o tratamento pode ser realizado em domicílio. Sendo as queimaduras de primeiro e segundo grau menos profundas, estas não exigem em sua maioria tratamento local medicamentoso, e sim, apenas e exclusivamente limpeza regular do local e uso de analgésico (OLIVEIRA, 2005).

Koester (2010) chama a atenção para o não uso de pomadas, óleos, cremes, pasta de dente, iodo, pós ou talco, o que certamente contribuiria para não haver contaminação local pelo uso de substâncias estranhas segundo Trevilato (2001). Deve-se priorizar o uso de panos, compressas limpas e água pura no atendimento da queimadura.

No atendimento hospitalar, a vítima de queimadura necessita de avaliação imediata breve, que envolve a avaliação da situação geral de vias aéreas, com ventilação ou oxigenação se necessário, e observação da situação hemodinâmica para controle de pulso, perfusão, pressão arterial, diurese entre outros. Em seguida, deve-se realizar uma análise preliminar da extensão e profundidade da área queimada, enquanto obtém as informações necessárias sobre o que causou e as circunstâncias como aconteceu o acidente (OLIVEIRA, 2005).

Para Oliveira, Ferreira e Carmona (2009) o tratamento pode traduzir-se em hospitalizações por vezes prolongadas dependendo da complicação do caso e do agravamento da lesão por queimadura. O tratamento hospitalar, segundo Gomes (2007) baseia-se em administração hídrica, alimentação parenteral, restrição de atividades, realização de fisioterapia, reforço de toxóide tetânico, analgesia, a utilização de antibióticos e ansiolíticos, debridamento de tecido solto e de bolhas, escarotomia e enxerto cutâneo.

Appleby (2007) reforça o afirmado anteriormente, quando diz que toda vítima de queimadura tem que ser avaliada como uma vítima de trauma, e tratada em unidade especializada para indivíduos queimados. Este tratamento compreende duas fases, definidas como: fase de reanimação e fase de reparação. A fase inicial ou de reanimação compreende o exame primário e secundário. No exame primário deve-se levar em consideração os seguintes parâmetros: manutenção da via aérea com proteção da coluna cervical, respiração e ventilação, circulação com controle de hemorragia, incapacidade e exposição. Na avaliação secundária se faz necessário coletar todas as informações sobre o acidente e realizar um exame físico detalhado do paciente porque ele é a base do exame secundário, fazer uma avaliação do déficit neurológico e coletar toda a história clínica do paciente através de informações dadas do paciente e da família (APPLEBY, 2007).

Passada a fase inicial, tem-se a fase de reparação onde o paciente já se encontra estabilizado. Dá-se continuidade as medidas para prevenir a infecção e ajudar na recuperação do paciente que incluem: implementação e suporte hemodinâmico; implementação e suporte pulmonar; assegurar a nutrição adequada; implementação de suporte musculoesquelético; controle da dor;

cuidado com a ferida; promoção de suporte psicológico e familiar (APPLEBY, 2007).

Smeltzer e Bare (2005) afirmam que a dor do paciente queimado pode ser classificada em três tipos: quando está em repouso, durante os procedimentos e quando o nível de analgésicos diminui no sangue. Para o controle da dor do paciente queimado exige tratamento agressivo. São usados narcóticos por via intravenosa, bem como ansiolíticos e analgésicos por uso em bomba de infusão a fim de estabelecer uso contínuo. Durante os procedimentos de fisioterapia e curativos os enfermeiros podem estar administrando uma dose em “bolo”, quando recomendado, o que assegura uma eficácia no controle da dor. Segundo Serra e Gomes (1999) a realização do banho e curativos diários são momentos que colocam os pacientes mais frágeis a dor, uma vez que a analgesia é limitada e parte da dor ainda permanece.

O cuidado com a ferida oriunda da queimadura exige a realização de vários procedimentos entre os quais se incluem a limpeza, aplicação de agentes antimicrobianos tópicos, debridamento mecânico e enzimático, enxertos e escarotomia (SMELTZER; BARE, 2005).

#### 1.1.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A queimadura é um acidente que gera graves consequências na criança, além de um sério impacto na estrutura familiar por haver a necessidade de um tratamento muitas vezes prolongado e doloroso. O acontecimento deste evento, principalmente em ambiente doméstico, implica em sentimento de culpa à mãe, muitas vezes imposto pelo pai, uma vez que a esta é dada toda a responsabilidade de cuidar dos filhos (SILVA, 1999). Sendo assim é extremamente importante que a equipe que assiste esta criança, bem como a sua família, esteja devidamente preparada para resolver os problemas eventuais, e procure orientar e tranquilizar a todos acerca dos cuidados que estão sendo dispensados ao menor.

A equipe de enfermagem compete diversas atividades, entre elas: manter equipamento de intubação próximo; monitorar sinais vitais; avaliar nível de consciência; realizar controle de diurese; lavar as mãos antes e depois de todo contato; observar as feridas diariamente; pesar o cliente diariamente; encaminhar para o aconselhamento psicológico, entre outros (SOARES, GERELLI e AMORIM, 2010).

Os planos de cuidados de enfermagem segundo Whaley e Wong (1999) são: tricotomizar os pêlos até uma distância de 5 cm da ferida e da área vizinha à queimadura; limpar cuidadosamente a ferida; impedir a criança de coçar e mexer na ferida; oferecer distrações apropriadas à idade; oferecer refeições e lanches com alto teor de calórico e protéico; prevenir infecções; administrar suplementos vitamínicos e minerais; monitorar sinais e sintomas de infecções; observar os enxertos quanto a evidências de hematomas e acúmulo de líquido; avaliar a necessidade de medicação; manter uma higiene cuidadosa das mãos; usar avental, gorro, máscara e luvas ao lidar com a área da ferida; debridar escaras, crostas e bolhas; medir semanalmente o peso da criança; registrar corretamente a ingesta e a excreta; auxiliar nas atividades de autocuidado; ajudar a criança a desenvolver a independência e a capacidade de auto-ajuda; entre outros.

O enfermeiro possui um papel fundamental em todo este processo, visto que, em muitos momentos, tem oportunidade de realizar ações de orientações e acolhimento, por estar em contato direto com a família. Esta prática deve ser regida por princípios éticos, ser transparente e atenta aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças, respeitando, considerando e reconhecendo suas diferenças (MACEDO, LAIGNIER, MACEDO, 2010).

#### 1.1.6 PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS

Os acidentes com queimaduras são frequentes, independente das circunstâncias em que ocorrem, a idade, sexo ou condições socioeconômicas. O que se sabe é que as maiores vítimas são as crianças em fase ativa, e que ao atingi-las estas lesões tomam proporções grandiosas por acometerem um

indivíduo ainda em desenvolvimento. Com isso se torna necessário e importante a sensibilização dos cuidadores para o cuidado em relação às medidas de prevenção.

Algumas noções importantes envolvem a conscientização de que a cozinha é um dos locais mais perigosos, e que algumas atitudes devem ser adotadas, como: cozinhar preferencialmente nas bocas de trás do fogão, colocar as panelas com os cabos voltados para dentro, evitar transporte de líquidos quentes, e ao fazê-lo tomar bastante cuidado, manter fósforo e isqueiro fora do alcance das crianças (TREVILATO, 2001). Tais medidas são reafirmadas por Dias et al., (2008) como uma importante contribuição para a redução da morbidade e mortalidade que envolvem este tipo de acidente. Além deste ambiente, considerar nos demais o uso inadequado de extensões elétricas, e atentar-se para a revisão periódica das instalações elétricas.

Oliveira (2005) cita algumas medidas profiláticas, entre as quais pode-se citar: a temperatura da água de banho dos bebês deve sempre ser testada antes de fazê-lo; crianças devem ser mantidas longe da cozinha, empregando-se inclusive barreiras físicas; as panelas devem ser usualmente colocadas com os cabos virados pra dentro, e nas trempes de trás; Não se aconselha ter álcool ou líquidos inflamáveis em casa; Ter atenção especial com churrasqueiras; Dar preferência a roupas de tecidos não propagadores de chama; Não deixar as crianças brincarem de colocar fogo no mato, papel, lixo e, sobretudo, em plástico que ao incendiarem, "voam" e grudam na pele; As tomadas devem estar sempre protegidas e os fios nunca estarem desencapados; O uso correto de fósforo, ferro de passar, fogões deve ser ensinado corretamente pelos pais aos filhos.

Além destas medidas, Vendrusculo et al., (2010) salienta que o ensino em escolas direcionado às crianças pode contribuir significativamente, haja vista, serem estas sensíveis e flexíveis a novas informações. Não menos importante e necessário é a implementação de programas educativos de prevenção, em que se destaque sobretudo o cuidado no ambiente doméstico. Segundo Trevilato (2001) estes métodos sistemáticos de orientação além de contribuir com a prevenção destes acidentes, tornaria a queimadura vista como uma doença prevenível.

Um esforço conjunto que envolva a orientação prestada pelos profissionais de saúde aos familiares adultos ou pais e responsáveis durante o acompanhamento da criança no ambiente hospitalar pode prevenir as queimaduras infantis no ambiente doméstico, seja através da modificação deste ambiente ou de supervisão adequada. Estas ações poderiam ser realizadas aproveitando-se a presença regular dos familiares nas escolas quando trazem ou pegam os seus filhos. Enfim, para que a comunidade se proteja através de comportamentos seguros na prevenção de acidentes por queimaduras torna-se necessário a adoção de medidas para uma casa segura, o que se dá através de um constante processo de educação (PASCHOAL et al., 2007).

#### 1.1.7 IMPACTO DO TRAUMA DA QUEIMADURA

Ferreira (2006) afirma que, “a queimadura tem sido considerada como um dos traumatismos mais destrutivos que o ser humano pode sofrer. Sua relevância decorre não só pela frequência, mas também pelas sequelas funcionais, estéticas e psicológicas que provoca”. Este evento se constitui como um trauma avassalador, que em questão de segundos torna a pessoa, muitas vezes com a consciência preservada, completamente dependente e com dores terríveis (VENDRUSCULO et al. 2010)

O impacto da queimadura torna-se maior quando acomete crianças, uma vez que, além das sequelas físicas e psicológicas estas se submetem a vários dias de hospitalização, afastamento dos familiares, amigos, e tudo o que as cerca na vida cotidiana (FERREIRA, 2006). A dor vivenciada pelas vítimas de queimadura é um evento traumatizante, e traz sofrimento não só para estas, como também para os familiares que com ela convivem (DIAS et al., 2008). Além do choque por ter o familiar queimado, o indivíduo que o acompanha durante a hospitalização merece receber da equipe assistente suporte para aprender a cuidar do paciente, e ao mesmo tempo receber ajuda para lidar com os seus conflitos internos, medo e aumento de responsabilidades frente a necessidade de cuidados que está por vir (GOYATÁ, ROSSI, DALRI, 2006).

Bicho e Pires (2002) relatam vários fatores que podem ocasionar grande sofrimento físico e emocional em uma circunstância de queimadura, sendo estes o confronto com sensações e experiências fisicamente dolorosas, circundada de movimentações, pessoas e cenários desconhecidos, como o caracterizado pelo ambiente hospitalar. Este impacto é referido não somente sobre a criança, mas também sobre o seu acompanhante, que na maioria das vezes, é representado pela figura materna. Quando a mãe se depara com o filho em um lugar estranho e com pessoas desconhecidas, regado de dor e sofrimento, esta também sofre diante da fragilidade e perda permanente do corpo físico do seu filho (MAZZI, FERREIRA E BITTENCOURT, 2010).

O adoecimento de uma criança representa para si e sua família uma ruptura em suas vidas diária, em que o paciente vitimado deixa de ir a escola, se afasta de seus amigos e familiares deixando de realizar atividades cotidianas. A família por sua vez tem suas atividades rotineiras alteradas uma vez que o afastamento do lar é inevitável para se aproximar dos cuidados com a criança (OTHERO e CARLO, 2006). Para Rossi (2001) diante da circunstância de um acidente por queimadura, a família sofre não só por todas as transformações ocorridas diante do fato, pelas mudanças funcionais e estruturais e a separação ocasionada pela hospitalização e seus contínuos procedimentos, mas também pelo sentimento e percepção de culpa que a atormenta. Além da culpa, o choque pelas marcas da queimadura e medo da perda da aparência frente a nova aparência da vítima também é referido (CARVALHO, ROSSI e SILVA, 2008). Mendonça (2009) ainda afirma que a culpa é um sentimento que invade o ser humano por conta de pensar que atuou mal e contrariou as normas aceitas, associando a culpa à noção de castigo, questionando-se: aonde foi que eu errei ?

Para Carvalho, Rossi e Silva (2008) compreender o impacto do trauma e do processo de hospitalização para tratamento por queimaduras em uma unidade específica sobre a dinâmica familiar, é de suma importância, pois subsidia a equipe de saúde na compreensão e conhecimento de comportamentos e sentimentos, que em sua maioria parecem inadequados e impróprios para a assistência da vítima. Permite assim à equipe o planejamento de intervenções apropriadas e que dirijam o apoio aos familiares.

Brito et al., (2010) direciona aos profissionais da área de saúde o sentimento do peso das alterações enfrentadas pelos acompanhantes e familiares, identificando o sofrimento, as angústias dos mesmos ao presenciarem suas crianças monitoradas e submetidas aos mais diferentes tratamentos, sendo que estes profissionais se encontram mais próximos da vítima. Nota-se então a necessidade e a importância das redes de apoio, onde estão inclusos os outros familiares, amigos e demais pessoas da comunidade. A fé e a religião, entre outros, pode ajudar os familiares no enfrentamento da dificuldade e busca de estratégias que as auxiliem a vivenciar tantas situações dolorosas (OTHERO; CARLO, 2006).

No ambiente hospitalar as mães relatam a respeito da vivência junto ao filho durante o tratamento, sentimento de sofrimento intenso perante procedimentos dolorosos pelos quais as crianças são submetidas e muitas vezes impotentes por não poderem contribuir em nada para aliviar a dor naquele momento (OTHERO E CARLO, 2006). O cotidiano de uma família que tem sua criança internada por decorrência de uma situação aguda ou crônica é modificado, já que esta criança não vai sozinha ao hospital, sendo acompanhada por um responsável que vive com ela sua dor e sofrimento (Assis, 2010).

Para Ferreira (2006) por ser abruptamente separado de tudo o que forma o seu mundo, a criança hospitalizada se apresenta fragilizada física e emocionalmente, e demanda um tratamento individualizado, assim necessitando de uma atenção especial. Neste processo, como afirmado por Carvalho, Rossi, Silva (2008) “Os familiares constituem conexão crucial para a obtenção de resultados positivos no tratamento de pacientes queimados”. A idéia de que a hospitalização é transitória se constitui como elemento positivo e facilitador para as mães, que se sentem mais fortes para a adaptação a esta fase difícil que exige o seu apoio incondicional a criança (BICHO; PIRES, 2002).

Logo após a hospitalização, os sentimentos da vítima se alteram ficando irritadiças, deprimidas, hostis e agressivas, apresentando episódios de explosões de raivas contra tudo e contra todos (WHALEY; WONG, 1999). Em contrapartida, as mães, ao falarem sobre a alteração na dinâmica familiar referem também as alterações fisiológicas, emocionais, conflitos pré-existentes

no relacionamento e rotinas do contexto familiar (CARVALHO, ROSSI e SILVA, 2008).

## 2. OBJETIVOS

### Objetivo Geral

- Compreender a vivência de pais frente à situação de hospitalização e reabilitação física e emocional da criança queimada.

### Objetivos Específicos

- Identificar em quais condições ocorreram a queimadura na criança.
- Conhecer a conduta adotada pelos pais a partir do momento do acidente.
- Conhecer os sentimentos vivenciados pelos pais frente ao processo que culminou no acidente e consequente hospitalização.
- Identificar medidas preventivas adotadas pelos pais após o acidente.

### 3. MATERIAL E MÉTODO

Na investigação dos sentimentos vivenciados por pais ao terem um filho vitimado por queimadura foi realizado um estudo qualitativo de caráter interpretativo, visto que este permite analisar a vivência das pessoas a respeito da realidade com a qual precisam lidar. Fez-se opção pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada em Dados, para poder responder questões acerca da realidade que não pode ser quantificada, como os significados, as perspectivas, construções simbólicas e comunicações de sentido a respeito do objeto investigado (MINAYO, 2006).

Seguindo os preceitos da Teoria Fundamentada, o método e as técnicas adotados no presente trabalho foram meras ferramentas, que, combinadas com *insight* e esmero, permitiram gerar, extrair e produzir o sentido dos dados (CHARMAZ, 2009). Por este motivo, a apresentação do método também inclui a experiência e as contribuições da pesquisadora durante o desenvolvimento da pesquisa (MINAYO, 2006).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

A *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi escolhida como referencial teórico e metodológico porque este método permite criar um modelo conceitual a partir de uma interpretação do significado que determinado contexto apresenta para os participantes, incluindo as suas ações. A intenção final com este modelo é o direcionamento de estratégias para ações de cuidado e humanização eficazes.

A *Grounded Theory* foi desenvolvida como método para investigar como certo grupo de pessoas vive certa realidade e como lida com os desafios que fazem parte dela (CHARMAZ, 2009), sendo este mais um motivo pelo qual foi escolhida como método para o alcance dos nossos objetivos.

Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss adotaram esta teoria em 1967 quando estes realizavam estudos sobre morte de doentes terminais em meio hospitalar. Nos Estados Unidos, no início dos anos 60, os funcionários dos hospitais raramente falavam sobre morte, ou mesmo reconheciam o processo

de morte em pacientes gravemente doentes. A partir da observação de como e quando os profissionais e seus pacientes tomavam conhecimento do fato de estarem morrendo, e a forma como lidavam com estas informações, Glaser e Strauss deram aos seus dados um tratamento analítico explícito e produziram teoria sobre a organização social e disposição temporal da morte (CHARMAZ, 2009).

Glaser e Strauss fizeram oposição aos pressupostos metodológicos predominantes na época e propuseram que a análise qualitativa sistemática tivesse sua própria lógica e pudesse gerar teoria, construindo explicações teóricas e abstratas dos processos sociais. Estes estudiosos levaram a pesquisa qualitativa para além dos estudos descritivos, produzindo compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados (CHARMAZ, 2009).

Segundo Glaser e Strauss (apud Charmaz, 2009) os componentes determinantes da prática da Teoria Fundamentada são:

O envolvimento simultâneo na coleta e na análise dos dados; A construção de códigos e categorias analíticas a partir de dados, e não de hipóteses preconcebidas e logicamente deduzidas; A utilização do método comparativo constante, que compreende a elaboração de comparações durante cada etapa da análise; O avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise dos dados; A redação de memorandos para elaborar categorias, especificar as suas propriedades, determinar as relações entre as categorias e identificar lacunas; A amostragem dirigida à construção da teoria, e não visando à representatividade populacional; A realização da revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente.

O empenho nestas práticas permite ao pesquisador controlar o processo de pesquisa e ampliar o poder analítico do seu trabalho. Glaser e Strauss estimularam os pesquisadores iniciantes a desenvolverem teorias novas, e assim, defenderam o adiamento da revisão bibliográfica como forma de evitar que os pesquisadores percebessem o mundo pela lente das idéias já existentes (CHARMAZ, 2009). O agnosticismo teórico é a recusa da pesquisadora em alinhar sua interpretação precocemente com modelos teóricos ou resultados de pesquisa previamente estabelecidos. Não se fala em descartar trabalhos existentes, mas manter uma visão aberta, não privilegiando nenhuma das correntes de pensamento ou possibilidades de encaixe teórico

antes da construção do modelo fundamentado em dados. Este se configura como uma estratégia que permite posteriormente usar das contribuições de diversos pesquisadores, cujos conceitos permitiriam melhor contextualização do modelo então construído (HENWOOD; PIDGEON, 2010).

Mais frequentemente a Teoria Fundamentada nos Dados é iniciada a partir de dados gerados em entrevistas, analisados sistematicamente e comparativamente. É durante este processo de comparação exaustiva entre incidente e incidente que os códigos são estabelecidos. Os códigos analíticos ou códigos abertos são conceitos desenvolvidos durante a interpretação dos dados, como tentativa para explicar o evento no contexto da vivência dos participantes, além da descrição de como enfrentam os desafios que nela estão presentes. A relação destes conceitos permitiu então construir o modelo conceitual, através de um processo indutivo, em que as categorias analíticas emergiam dos dados e foram elaboradas conforme o avanço deste, explicando o fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Para a interpretação dos dados e para a formulação do modelo teórico faz-se necessário o emprego da sensibilidade teórica, que se refere a uma qualidade pessoal do pesquisador, e depende da sua experiência pessoal e profissional, de leituras em área específica. Está, portanto, intimamente ligada à sua capacidade de ter “insights” sobre o fenômeno estudado. Uma vez percebida a sutileza do significado dos dados é permitido ao pesquisador o discernimento para a interpretação dos fatos e acontecimentos descritos. A sensibilidade teórica pode ainda ser afinada durante a realização da pesquisa, quando o pesquisador relaciona constantemente a coleta e a análise dos dados e então volta a sua reflexão para além da sua experiência ou leituras (STRAUS, CORBIN, 2008)

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Núcleo de Proteção aos Queimados (NPQ), uma instituição não governamental, fundada em 1999 na cidade de Goiânia, com expectativa inicial de atender 100 pacientes por ano, ultrapassada hoje para mais de 15 mil pacientes anualmente. Possui uma equipe multidisciplinar que atua no desenvolvimento de projetos voltados a comunidade, entre eles: Apoio ao sobrevivente a queimaduras; Queimadura: Evite a cicatriz; e Cirurgias Reconstrutoras.

O local foi escolhido como cenário do estudo pelo fato de ser reconhecido e afirmado no cenário mundial como uma ONG que desenvolve atividades destinadas à divulgação da prevenção de acidentes junto à sociedade civil, apoiar tanto o paciente como seus familiares, reabilitar física e psicologicamente os sobreviventes de queimaduras, favorecer sua reinserção tanto no ambiente social como profissional, estimular a formação da equipe de profissionais necessárias ao correto atendimento do paciente queimado e desenvolver pesquisas em prol da melhoria do tratamento e de sequelas. Além de tamanha relevância neste cenário, trata-se de uma unidade que acolhe doentes queimados e seus familiares de todas as regiões brasileiras, atendendo a uma carência de ordem nacional.

A população investigada foi composta por pais e mães que tiveram o seu filho vitimado pela queimadura e o acompanharam durante a hospitalização no Hospital de Queimaduras de Goiânia, e que estavam cadastradas no Núcleo de Proteção aos Queimados. Segundo dados disponibilizados pela Coordenação do Núcleo atualmente existem 1300 pacientes ali cadastrados.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo nove mães e um pai, que se encontravam presentes nas reuniões realizadas pelo NPQ e que aceitaram participação no estudo. Com o intuito de garantir o anonimato foram atribuídos nomes fictícios aos participantes.

Por se tratar de um estudo de caráter qualitativo não foram especificados o número de sujeitos envolvidos a priori. A quantidade destes foi definida seguindo-se o critério da saturação e amostragem teórica, dado quando as informações se tornaram reincidentes e exaustivas, o que já então respondia à questão da pesquisa (MINAYO, 2004). Vale ressaltar a TFD não se preocupa em analisar um número representativo de dados dos sujeitos de uma determinada população, mas sim de aprofundar o conhecimento a respeito dos sujeitos que se dispõe a pesquisar, e assim gerar uma teoria fundamentada nos dados encontrados.

Foram adotados como critérios de inclusão: ser pai ou mãe de uma criança que tenha sido vítima de queimadura, que tenha acompanhado a hospitalização da mesma, que aceitassem a participação no estudo e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

### 3.4 PROCEDIMENTOS

#### **3.4.1 Coleta de Dados**

Para que houvesse uma maior aproximação da pesquisadora com os entrevistados, e facilitada a comunicação e interação entre estes a Coordenação do NPQ convidou-me a participar das reuniões do Grupo de Apoio aos Sobreviventes à Queimaduras (ASQ) antes mesmo que a coleta de dados fosse iniciada. Estas reuniões são conduzidas por profissionais das áreas de Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, e têm como objetivo primordial favorecer a reinserção social do sobrevivente e da sua família partindo da aceitação pessoal e familiar. Tais encontros aconteceram nos meses de abril, maio e junho, momento em que fui apresentada ao grupo, bem como os objetivos do nosso trabalho.

A coleta de dados propriamente dita foi iniciada no dia 30 de Junho e finalizada em 30 de Outubro de 2012. As entrevistas foram realizadas utilizando-se um gravador de áudio, individualmente, pela própria pesquisadora, na sede do Núcleo de Proteção aos Queimados, em momento

concomitante às reuniões do que aconteciam no último sábado de cada mês, entre as 14 e 16 horas da tarde. A escolha deste período se deu por orientação da Coordenação do NPQ considerando-se o momento mais oportuno, pois era o único em que se conseguia reunir pacientes e familiares, independentemente de sua localização geográfica. O acesso ao domicílio destes não foi permitido pelo NPQ com o intuito de preservá-los, e também por se tratar de uma maioria que reside em outros municípios e até em outros estados.

Aos participantes foi garantido um local protegido acusticamente, com ventilação e iluminação adequadas, e longe da circulação de pessoas a fim de garantir o sigilo das informações obtidas, bem como ser realizadas em momento que não lhe exigiria deslocamento, custos adicionais ou desvio de outras atividades. Em todo momento da entrevista, antes, durante e após, foi garantido o contato com o pesquisador através de telefone particular, contato pessoal, ou e-mail deste.

Foram realizadas no máximo duas entrevistas por encontro, sendo necessários cinco destes para o alcance dos entrevistados. Tiveram duração de trinta e cinco minutos a 1 hora e dezessete minutos. Ressalto, em caráter de grande satisfação, que em nenhum momento houve recusa dos participantes, e estes sempre se colocaram prontamente à disposição para a realização das entrevistas, manifestando interesse em participar do estudo.

Utilizou-se para a sua execução um roteiro de entrevista semi-estruturado (APENDICE A), estabelecido previamente, mas que não deixou de sofrer a intervenção da pesquisadora para o delineamento das respostas obtidas. Este instrumento garantiu uma conversa contínua com os participantes, e permitiu chegar às variáveis desejadas.

Como afirmado por Marconi e Lakatos (2010) a entrevista mostra-se verdadeiramente como arte que se refina ao longo do tempo, através do treino e da experiência. Sua confecção exige habilidade e sensibilidade e, portanto, não é uma tarefa fácil, mas extremamente básica. Realizar entrevista em profundidade permitiu um alcance detalhado e minucioso das experiências referidas pelos indivíduos, o que reafirma este instrumento como um método bastante útil para a investigação interpretativa. À entrevistadora coube a

responsividade, capacidade de escutar, ouvir com sensibilidade e estimular o indivíduo a responder, interferindo e manifestando o seu interesse e vontade pela sua fala (CHARMAZ, 2009). Este processo foi facilitado pelo fato de estar usando um roteiro de entrevistas semi-estruturado, que permite esta interlocução e intervenção ao longo da entrevista.

Após a realização de cada entrevista estas foram transcritas e iniciou-se a análise dos dados. Durante todo o processo de coleta de dados foram elaborados notas de campo, registros de informações importantes e que posteriormente permitiram reflexões profundas sobre o fenômeno investigado. A estas notas de campo foram somados os memorandos, construídos em fichas, que se caracterizaram como descrições pessoais das experiências da pesquisadora durante as visitas ao NPQ e realização das entrevistas, sendo utilizadas posteriormente na redação dos resultados. Os memorandos são registros gerais escritos pelo pesquisador que atuam como lembrete ou fonte de informação, direcionando o seu trabalho. A sua organização permite ao pesquisador obter êxito na análise dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

#### **3.4.2 Análise dos Dados**

A análise dos dados iniciou-se com a transcrição das entrevistas. Foi realizada em duas etapas, a codificação aberta e a codificação focalizada. As entrevistas foram transcritas por meio de um programa editor de texto, e os códigos foram colocados às margens do texto, linha a linha, a medida em que surgiam. Esta primeira codificação aconteceu do ponto de vista analítico, e teve por objetivo nomear segmentos de dados com uma classificação que, simultaneamente categorizava, resumia e representava cada parte dos dados. Os códigos atribuídos a cada segmento revelaram as perspectivas necessárias para o início da análise, tidos como os ossos da análise, e que posteriormente formariam o esqueleto do trabalho. Estes foram extraídos das entrevistas e organizados em fichas, permitindo uma melhor visualização destes. Através da codificação é que foi possível chegar a uma visão interpretativa que esclareceu e explicou as vivências dos sujeitos investigados (CHARMAZ, 2009).

Posteriormente à codificação inicial realizou-se a codificação focalizada, que redefiniu o direcionamento dos códigos, tornando-os mais significativos e seletivos, como tentativa de explicar maiores segmentos de dados. Códigos mais significativos são aqueles que descrevem melhor a vivência do evento e como os participantes lidam com ela. Chegar a tais códigos foi fruto de uma comparação exaustiva, de um trabalho artesanal de leitura e comparações constantes, em que a medida que se refletia sobre um determinado código buscava-se a relação e proximidade deste com demais segmentos de dados, tornando-os menores em quantidade, mas não menos significativos e poderosos.

Durante a modelagem das famílias foram realizadas novas leituras, cada vez mais interpretativas, e foram-se refinando os códigos. Percebeu-se claramente que as vivências dramáticas relatadas nas entrevistas refletiam o percurso percorrido por cada uma destas famílias, um processo emocionalmente intenso e complexo em que vários atores e contextos se manifestaram. As fichas em que estas experiências estavam descritas iam sendo refeitas e reorganizadas seguindo o princípio cronológico, para poder captar o rumo desse percurso e o caminho da ação. Esta reorganização conceitual permitiu gerar códigos mais refinados, ditos mais poderosos e significativos. Foram aqueles que mais ajudaram a montar os conceitos úteis para responder o problema de pesquisa.

Cada mudança no nível das famílias de códigos foi seguida por uma nova verificação do encaixe dos dados originais nos conceitos novos. Houve, portanto, um processo de comparações contínuas entre os códigos dentro e entre as famílias já estabelecidas, entre os códigos e os dados. No decorrer deste processo, foram consolidadas as similaridades e diferenças que permitiram o surgimento das sete categorias definitivas. Estas, assim denominadas *A História do Acidente (com as subcategorias Condição e Cena do Acidente e A Família diante do Trauma); Impactos da Queimadura sobre a Família; Implicações da Queimadura Sobre a Vida da Criança; Percurso (com as subcategorias: Vivências, Enfrentamento e Recursos)*, que estão sobrepostas e interligadas de várias formas. Estas relações e sobreposições permitiram usá-los na construção de um modelo teórico que está explicado no capítulo de resultados do presente estudo. Um processo de constantes idas e

vindas foi vivenciado com frequência neste trabalho, como é afirmado Franco (2005):

“Formular categoria é um processo longo, difícil e desafiante, Mesmo quando o problema está claramente definido, a criação das categorias de análise exige muito esforço por parte do pesquisador. Não existem “fórmulas mágicas” que possam orientar o pesquisador. Ele precisa seguir seu próprio caminho, baseado em seus conhecimentos e guiado por sua competência, sensibilidade e intuição”.

Durante a construção das categorias e do modelo final, novos memorandos foram escritos e usados como ferramentas analíticas importantes. Os mesmos forneceram o texto inicial para a redação do capítulo dos resultados.

### 3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando-se que os sujeitos participantes do estudo são seres humanos obedeceu-se ao que está previsto na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde do Brasil. O projeto foi inicialmente apresentado a Instituição co-participante do estudo, o Hospital de Queimaduras de Goiânia - NPQ, e posteriormente, com a carta de anuência desta instituição (ANEXO B) foi submetido a análise e julgamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP).

Após a apreciação e a anuência desses órgãos, e de posse do Parecer Consubstanciado nº 28931 (ANEXO C) foi iniciada a coleta de dados. Para tanto, os participantes do estudo foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para o consentimento e assinatura.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor elucidação dos resultados e contextualização das situações descritas serão apresentados inicialmente os sujeitos participantes do estudo e algumas definições de si e da sua família, em uma ordem cronológica de realização das entrevistas. Para garantir a preservação do anonimato dos entrevistados e suas respectivas crianças foram atribuídos nomes fictícios para estes.

### 4.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

#### **Rosa, mãe de João**

Rosa tem 30 anos de idade, mora há 50km de Goiânia, em uma fazenda próxima de Bela Vista de Goiás. Estudou até a 6ª série do ensino fundamental, trabalha como empregada doméstica oito horas por dia, ganha um salário mínimo e refere passar dificuldades financeiras. É católica, afirma que a sua religião foi muito importante para a superação das dificuldades impostas pelo acidente. Casou-se aos 22 anos, hoje está divorciada e tem quatro filhos. O marido não mantém contato com os filhos desde a separação, que aconteceu há 6 anos, e nega participação econômica e emocional no cuidado dos filhos. Um destes, o João, sofreu queimadura por choque elétrico aos 4 anos de idade quando estava em casa com sua mãe, que desempenhava atividades domésticas. A mãe não se lembra com exatidão a data do acidente. A queimadura de 3º grau atingiu a mão e o braço esquerdo do menino que tem atualmente 10 anos de idade.

#### **Joana, mãe de Raíssa**

Joana tem 38 anos de idade, mora em Aragarças, há 410 km de Goiânia. Estudou até a 7ª série do ensino fundamental. Interrompeu seus estudos

quando casou-se aos 17 anos. Apesar da pouca maturidade no início do casamento afirma sempre ter tido um relacionamento harmonioso com seu marido e dois filhos. Trabalha como diarista, para contribuir com as despesas da casa, seu marido como assistente de pedreiro, e juntos tem uma renda de mais ou menos 3 salários mínimos. É evangélica, toda a sua família segue a mesma religião e sempre se refere a esta como sustento da alma nas dificuldades. Sua filha Raíssa sofreu queimadura com líquido superaquecido aos 7 anos de idade, em casa com a mãe, quando esta realizava atividades domésticas. O acidente aconteceu em 24 de dezembro, a queimadura de 3º grau atingiu totalmente as duas pernas da menina, que atualmente tem 16 anos.

### **Josefa, mãe de Gabriela**

Josefa tem 40 anos de idade, vem de Acreúna, há 153 km de Goiânia. Não foi alfabetizada. Vive em união estável há 17 anos, e tem 4 filhos frutos deste relacionamento. Trabalha como diarista, e seu companheiro como pedreiro. Vivem com uma renda de dois salários mínimos em média. Suas atividades laborais foram interrompidas pelo acidente no qual também estava envolvida. Sua fala é pausada, diz ter ficado com o raciocínio lento após o acidente. Sua filha Gabriela de oito anos sofreu queimaduras de 3º grau na face e no tórax anterior e posterior com a explosão do carro em que estavam no acidente automobilístico que aconteceu há dois anos. Não se recorda com exatidão a data do acidente.

### **Maria, mãe de Júlia**

Maria tem 31 anos de idade, vem de Chapadão do Céu, há 503 km de Goiânia. Casou-se aos 18 anos, quando interrompeu seus estudos no 1º ano do ensino médio. Afirma que apesar da união quando ainda eram jovens, vivem um relacionamento conjugal estável e harmonioso e são independentes

financeiramente desde então. A renda mensal atual é de dois salários mínimos. Tem três filhos, um destes a Júlia, que sofreu queimaduras no tórax e face com líquido superaquecido aos 3 anos de idade. Quando o acidente aconteceu, há onze anos, sua mãe estava em casa, cozinhava para a família, e envolveu-se no acidente. São evangélicos e tem na religião o seu alicerce.

### **Tereza, mãe de Laura**

Tereza tem 44 anos, vem do interior de Goiás, e reside em Goiânia há seis anos, desde o acidente que vitimou sua filha. Estudou o ensino médio completo. Foi casada durante 18 anos e divorciou-se logo após o acidente. Trabalha em casa e na Oficina de Bordados do Núcleo de Proteção aos Queimados. A renda familiar é de aproximadamente três salários mínimos, e seus filhos mais velhos contribuem para tanto. São seis filhos, um destes a Laura, que se queimou com álcool em chamas aos nove anos de idade quando tentava proteger o irmão mais novo. A queimadura aconteceu em 29 de junho de 2006 e atingiu as pernas e as costas da criança. Quando o acidente aconteceu só havia crianças em casa, os pais e irmãos mais velhos estavam trabalhando.

### **Fátima, mãe de Pedro**

Fátima tem 42 anos de idade, natural de Goiânia. Estudou até a 5ª série. Vive um casamento harmonioso há 28 anos, e deste relacionamento tem três filhos, um deles adotivo. O mais velho tem 25 anos, que já contribui com as despesas da casa. Trabalha como costureira e seu esposo como representante de vendas. Todos na família são evangélicos, refere-se à religião como o seu alicerce e prosperidade. Seu filho Pedro sofreu queimadura quando tinha 1 ano e 2 meses, com chamas provocada por uma vela acesa no carrinho em que estava. Segundo a mãe biológica, a vela foi acesa pelo seu irmão mais velho de 4 anos enquanto ela tinha se ausentado para ir à padaria. As queimaduras

atingiram a face, braços, mãos e tronco. O acidente aconteceu em 4 de abril de 2006, numa cidade do interior de Goiás.

### **Carlos, pai de Davi**

Carlos foi o único pai a ser entrevistado. Isso talvez porque geralmente são as mães quem mais acompanham as crianças durante as visitas ao Núcleo de Proteção aos Queimados. Carlos tem 38 anos de idade, vem de Itaberaí, há 100km de Goiânia. É trabalhador rural, foi alfabetizado recentemente. É casado há 12 anos e tem dois filhos. Ele e sua esposa trabalham em uma fazenda desde a época do acidente. Referem dificuldades financeiras após o acidente do seu filho, o que os impede de dar mais agilidade ao tratamento. Vivem com uma renda mensal de dois salários mínimos. A mãe estava em casa cuidando de afazeres domésticos, o pai no trabalho da roça, que durava em média 8 horas por dia. A criança se queimou aos 6 anos, quando caiu em um tambor com lixo onde tinha sido colocado fogo, como sempre faziam por lá, foi atingida pela queimadura nos braços e nas costas. Hoje tem 8 anos. O pai não se recorda com exatidão quando o acidente aconteceu.

### **Zélia, mãe de Bruna**

Zélia tem 30 anos de idade, natural da Paraíba, mas reside em Goiânia há 14 anos. É casada, estudou até a sétima série e atualmente trabalha como empregada doméstica. Seu marido é motorista, e a renda mensal do casal é de 3 salários mínimos. Quando o acidente aconteceu ela estava em casa com sua única filha, que tinha 1 ano e 6 meses. Ela se queimou com o ferro quente que tinha sido escondido embaixo da cama. A mãe não percebeu que a criança estava por perto quando o colocou lá. A menina sofreu queimaduras de segundo grau nas mãos. Não se recorda com exatidão a data em que o acidente aconteceu. É católica e frequenta a igreja assiduamente.

**Cristina, mãe de Luiza**

Cristina tem 34 anos, vem de Bonfinópolis - MG, há 350km de Goiânia. Concluiu o ensino médio. Ela e o marido trabalham em uma granja onde faz abate de frangos, e tem renda de três salários mínimos. Está casada há 17 anos, tem três filhos. Um destes, a Luiza que se queimou com líquido superaquecido aos dois anos, quando brincava com o irmão mais velho na cozinha. Foi atingida com o leite quente na face, ombro e tórax. Hoje a menina tem 13 anos. A mãe estava em casa quando o acidente aconteceu, dobrando as roupas no quarto. Não se recorda a data do acidente.

**Rafaela, mãe de Sofia**

Rafaela tem 31 anos de idade, veio com seu marido e filho de Manaus – AM após o acidente que vitimou sua filha de dois anos. Está casada civilmente há 1 ano, mas vivia em união estável com seu marido há 12 anos. Tem três filhos, estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Não trabalha atualmente, e nem quando o acidente aconteceu. Estava na cozinha de casa quando ouviu o barulho ocasionado pela explosão da televisão em função de um problema nas instalações elétricas da casa. A TV ficava num suporte acima do berço da criança, e as chamas caíram sobre ela, que dormia. O irmão de 4 anos estava na cama dos pais e presenciou a cena. Também foi atingido pela queimadura, numa proporção bem menor. Atualmente a menina tem 11 anos. A queimadura aconteceu em 28 de janeiro de 2003. Sofia teve 85% do seu corpo queimado, sua primeira hospitalização durou mais de um ano, e já passou por 38 cirurgias reconstrutoras desde o trauma. A mãe acredita que sua filha foi salva por médicos que eram guiados por Deus, e que Ele a presenteou mais uma vez quando lhe devolveu a Sofia.

## Definição das Categorias

Das entrevistas realizadas emergiram quatro categorias, duas delas com subcategorias, que serão apresentadas a seguir. São elas: *A História do Acidente* (com as subcategorias *Condições Contextuais* e *Cena do Acidente e A Família diante do Trauma*); *Impactos da Queimadura sobre a Família*; *Implicações da Queimadura Sobre a Vida da Criança*; *Percurso* (com as subcategorias: *Vivências*, *Enfrentamento* e *Recursos*).

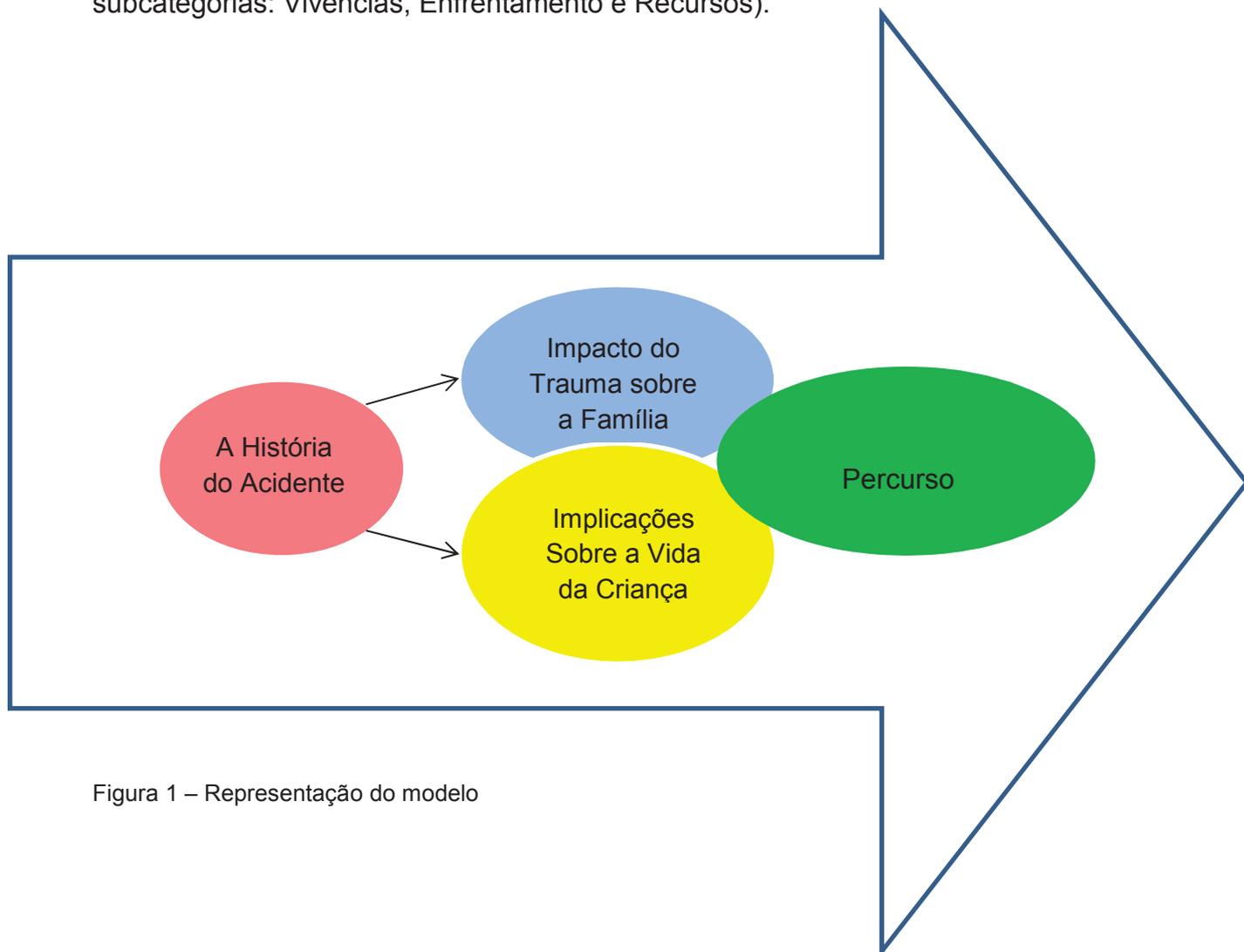


Figura 1 – Representação do modelo

A queimadura, um evento significativamente doloroso e estressante na maioria das vezes, tem o seu início deflagrado numa cena traumática. O percurso que é percorrido pela família e pela criança logo após o acontecimento do trauma, e está representado na figura pela seta que envolve todas as demais categorias, é incerto e complexo, e agrega em si as lembranças do acontecimento, situações e depoimentos que descrevem as

particularidades de cada uma das cenas que caracterizam o acidente. Revela ainda o impacto que causa tanto sobre a família quanto sobre a criança que é atingida por ele.

### ***Categoria 1 - A História do Acidente***

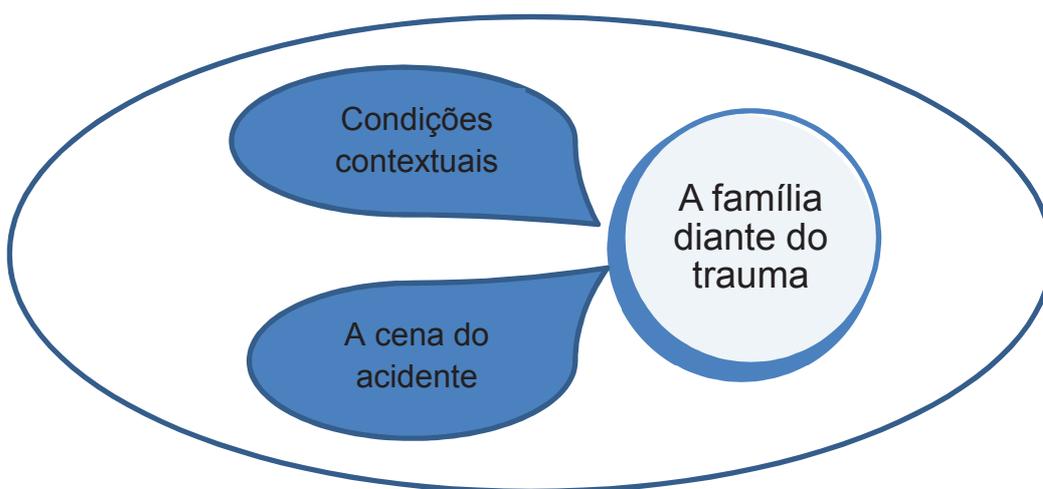


Figura 2 - A História do Acidente

#### *Condições contextuais e cena do acidente*

Ao descrever a história do acidente os entrevistados adotam uma ordem cronológica de acontecimento dos fatos, o que permitiu evidenciar três subcategorias: Condição em que Aconteceu o Acidente (antes), A Cena do Acidente (durante) e a Família diante do Trauma (depois).

Durante as entrevistas a descrição da história do acidente foi percebida com uma lembrança minuciosa e rica dos detalhes que a envolveu. Os discursos dos entrevistados revelaram que os pais em conjunto, ou apenas um destes estava em casa com a criança e realizavam alguma atividade doméstica concomitantemente ao acidente, o que provavelmente os impediu de evitar o agravo.

*“Coloquei uma panela com água no fogo, lá na parte de traz do fogão, pra cozinhar um macarrão... enquanto isso eu fui à varanda pra estender umas fraldas da irmã dela e não vi que ela entrou na cozinha...”*  
( Maria )

*“Foi de manhã, eu estava no quarto dobrando as roupas que tinha lavado no dia anterior. Deixei ela brincando com o irmão dela, que é mais velho do que ela, eles estavam brincando e assistindo televisão. Não sei porque eles foram pra cozinha mexer no fogão...”* ( Cristina )

Rossi et al., (2003) afirma que, ao analisar a situação em que os acidentes ocorreram, seja no trabalho ou em ambiente doméstico, a ausência de atenção e a prática de atividade de risco são situações que favorecem o acontecimento de grande parte dos acidentes. São descritas algumas situações que apresenta riscos para acidentes, como a manipulação de produtos químicos e combustíveis, líquidos quentes, metais aquecidos, o uso de fogões improvisados na presença de crianças, manuseio de panelas no fogão, com o cabo para fora, como também tomadas elétricas, fios desencapados e bombas festivas. (ROSSI et al., 2003; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009).

Meneses (2007) afirma que a carência de vigilância por parte dos pais é um dos fatores que propicia o acidente, uma vez que a sua ausência física, devido mudanças atuais na rotina diária levam as crianças a ficarem com outras pessoas, parentes, ou mesmo entregues a si próprias. Para Carvalho (2009) em geral a tarefa de cuidar das crianças é da mãe, principalmente para aquelas em situação socioeconômica baixa. No entanto uma renda mensal familiar baixa e o número excessivo de filhos geram altos gastos financeiros e compromete o cuidado dispensado as crianças, pois exige o afastamento da mãe do lar e conseqüentemente da atenção aos filhos para o labor externo e custeio das despesas.

Os acidentes acontecem em situações que na grande maioria das vezes fogem ao controle dos pais. O cenário se diversifica, e por vezes parecem se repetir, como a mãe na cozinha preparando algum alimento, a criança brinca com o fogo, entre outras. Essa lamentável diversidade de cenário permite

muitas possibilidades de acontecer acidentes com as crianças, o que traz complicações sérias e até mesmo fatais (CARVALHO, 2009).

Em algumas situações do presente estudo ficou evidenciado que, além de a mãe estar presente na cena do acidente, houve o seu envolvimento direto no mesmo, o que lhe trouxe sentimentos ainda mais dolorosos, fragilizantes e punitivos.

*“Eu tinha acabado de pegar a panela com banha quente pra guardar no forno do fogão quando ela me chamou toda feliz pra mostrar a boneca que o pai dela tinha trazido pra ela, era dia de natal... eu virei pra ver mas ela já vinha correndo pra cima de mim...aí a minha mão falhou, não teve como eu segurar...a manteiga estava bastante quente...caiu do joelho pra baixo e queimou demais as perninhas dela, demais mesmo...”*  
(Joana).

No estudo de Vendrúsculo et al., (2010) todos os acidentes ocorreram na presença de uma pessoa mais velha que a vítima, e em cinco dos casos de alguma forma houve contribuição desta pessoa para a ocorrência do acidente, como se percebe nos trechos: *“(...) Ele (o vizinho mais velho) derramou o resto do litro de álcool (no carrinho de latinha), ele já jogou o fósforo e o fogo junto e ela estava na frente, respingou nela e o fogo subiu nela (...) (Familiar 3). (...) Elas (vítima de queimadura e a prima mais velha) estavam tirando o carrapato da cachorra e colocando tudo em uma vasilha com álcool... E no final de tudo colocaram fogo dentro da vasilha com álcool (...) Ela (prima mais velha) pegou o vidro de álcool fechado e deu na mão dela (...). Aí ela pegou o vidro, na hora que ela virou, o vidro explodiu (Familiar 8). Meu esposo foi colocar fogo no lixo, em frente de casa, então a gente entrou em casa (...), então ele (vítima de queimadura) veio correndo lá de dentro e tropeçou na vassoura que estava com ele (esposo), e caiu com a mão em cima do fogo (Familiar 10). (...) Enquanto eu fui atender o celular no quarto (...), muito rápido, a irmã dele de onze anos, subiu na cadeira e pegou o álcool lá em cima, no armário (...) ela pegou o álcool e o isqueiro, que estava no alto também, deu o álcool na mão dele, correu para o fundo do quintal e mandou ele despejar rápido. Então na*

*hora de acender o isqueiro, o fogo veio nele, que ele estava com o álcool na mão (...) (Familiar 13).*

O estudo realizado por Vendrúsculo et al., (2010) corrobora com o presente, e revela que o familiar na maioria das vezes se ausenta por alguns instantes e sem perceber, deixa a criança em situação de risco, por desconsiderar que existe a possibilidade do trauma acontecer, como se percebe nos relatos: *“A vela estava próxima do carrinho, em cima de uma mesinha. Deve ter ventado (...) e deve ter caído em cima do carrinho (...). Eu fiquei deitada e eu peguei no sono. Então foi onde aconteceu o acidente (Familiar 1). Fui fazer café para ela (...) foi coisa de cinco minutos que eu virei minhas costas, ela mexeu em cima do bule, subiu em cima da cadeira e mexeu (Familiar 4)”*.

A isso, os autores afirmam, soma-se a negligência dos familiares. Segundo Oyama (2000) especialistas em pediatria sugerem que a desatenção dos pais se configura como um fator expressivo na incidência dos acidentes ocorridos com seus filhos. Segundo estes, os pais se preocupam excessivamente com a possibilidade de outros perigos, como sequestros, roubo, e desconsideram situações mais frequentes e não menos perigosas que estão presentes no cotidiano da criança.

Existem situações que fogem ao envolvimento direto dos pais ou da criança com as causas do acidente. Acidentes também podem ser provocados por causas externas, e independem da iniciativa destes para o seu acontecimento. E ainda que nada tenham feito para provocá-lo, mesmo que inconscientemente, elas são agressivamente atingidas pela queimadura.

A situação descrita abaixo, em especial, poderia ser explicada por uma condição socioeconômica baixa o que, associada ao despreparo dos pais para a prevenção de acidentes, não permitiu que estes identificassem a necessidade de manutenção preventiva e corretiva das instalações elétricas do domicílio. Outra situação que certamente facilita a ocorrência dos acidentes é a condição em que se encontra o domicílio. Carências estruturais e físicas no ambiente potencializam a ocorrência do acidente, o que justifica a necessidade de se reorganizar o ambiente intradomiciliar.

*“Os meus filhos estavam dormindo lá no quarto. A gente tinha só um quarto na casa, e dividia com nós todos. E a televisão ficava lá dentro, pendurada num suporte assim na parede. Meu filho mais velho estava na cama, e a pequenininha estava no berço dela, que ficava embaixo do suporte da televisão. Então quando teve o curto circuito que a televisão explodiu o fogo caiu todo em cima dela, e como ele estava de longe não pegou nele não... A casa que a gente morava era bem velha, com a condição que a gente vivia não dava pra ter uma melhor. E também a gente nunca pensou de acontecer uma coisa dessas!”*  
(Rafaela)

A presença dos pais ou de um adulto responsável pela criança, bem como um ambiente físico adequadamente estruturado não foram fatores determinantes para a prevenção de acidentes. Situações deste estudo também demonstraram a imprevisibilidade do comportamento infantil e sua exposição diretamente ao risco. E é esta imprevisibilidade que se revela como uma condição expressiva e predominante para o acontecimento do acidente, como se pode evidenciar nas falas a seguir:

*“Ele tirou a anteninha da televisão, aquelas anteninhas metálicas, pois é, ele tirou ela e enfiou na tomada. E olha que a televisão ficava no alto, a tomada também. Ele subiu na cabeceira da cama pra alcançar...”*  
(Rosa).

*“Ela queria ver o que estava cozinhando e como não alcançava subiu no botijão de gás. Eu dei falta dela e entrei na cozinha chamando por ela, antes mesmo de ver ela... No que eu chamei ela virou e já caiu queimada...”* (Maria).

O estudo realizado revelou predominância da queimadura no ambiente doméstico, cuja faixa etária predominante foi de crianças entre 0 e 3 anos, e ao contrário de outros estudos, este revelou o sexo feminino como o principal atingido pelo agravo. Serra e Gomes (1999) afirmam que, depois da queda, a queimadura é o segundo tipo de acidente letal em crianças, e provoca cerca de 3.000 mortes por ano, além das graves sequelas estéticas e funcionais que gera na vítima. Segundo Rossi et al. (1998); Rossi et al., (2003); Carvalho

(2006); Vendrusculo et al., ( 2010); a maioria dos acidentes por queimaduras está relacionada com atividade de risco realizada no ambiente doméstico e as crianças são as mais atingidas.

Estudos realizados anteriormente reafirmam o discurso das participantes aqui identificadas, onde pode-se observar que houve predominância dos acidentes por queimaduras no ambiente doméstico, em especial na cozinha e no quintal com o manuseio de líquidos quentes, causando queimaduras por escaldaduras (VENDRUSCULO et al., 2010; ROSSI et al., 2003; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009). A presença da criança na cozinha, a existência líquidos combustíveis de fácil alcance como álcool, o uso inadequado de protetores de tomadas elétricas, e atitudes inseguras como manter a criança no colo enquanto se manuseia líquidos quentes, expõem as crianças ao risco da queimadura, devido à idade, falta de noção do perigo ou hiperatividade, entre outros. Assim sendo, o distanciamento do cuidador, a falta de cuidado deixando as crianças sozinhas principalmente em locais de riscos não intencionalmente, se constitui como os principais elementos desencadeantes do trauma (ROSSI et al., 2003; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009)O adulto não considera a potencialidade de um acidente intradomiciliar, o que nos faz refletir sobre a necessidade de se organizar campanhas de cunho preventivo.

Serra e Gomes (1999) descrevem ainda a faixa etária de 0 a 5 anos como predominante, e que tem como pico o primeiro e segundo anos de vida, o que vem a reiterar o afirmado por Damasceno e Barroso (2003), que revelam como faixa etária de maior incidência a de crianças com até dois anos de idade, seguida das crianças com idade entre dois e quatro anos, o que também reafirma os dados encontrados no presente estudo.

Segundo Barreto e Martins (2005), Bicho e Pires (2002), o agente físico da queimadura muda conforme a faixa etária em que a criança se encontra: quando menores de dois anos, acontecem mais na cozinha e com líquidos superaquecidos. Acima desta faixa etária, até os sete anos, na idade pré-escolar, diminuem os acidentes com líquidos superaquecidos e aumentam aqueles que acontecem na presença de chamas e produtos inflamáveis, como

álcool, gasolina e querosene. Na idade escolar, entre os sete e quinze anos também são predominantes os acidentes por produtos inflamáveis e fogo.

Os acidentes domésticos estão intimamente relacionados com a idade da criança e o seu desenvolvimento psicomotor, bem como com os fatores de risco inerentes ao ambiente, e que estão relacionados com o comportamento e estilo de vida da família, com fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais. A combinação desses fatores contribui para desencadear acidentes que resultam em lesões graves e sequelas irreparáveis que comprometem o desenvolvimento da criança (SOUZA e BARROSO, 1999).

Serra et al (2006) explica o porque do pico de incidência da queimadura entre o primeiro e segundo ano de vida. Segundo o autor é nessa idade que a criança começa a andar, adquire liberdade, mas ainda não tem noção do perigo e se torna uma vítima fácil para os acidentes. Para Barreto e Martins (2005) a própria infância é um fator predisponente, pois se trata de uma fase na qual se é inexperiente, incapaz de identificar e avaliar o perigo, é tomada pela curiosidade, inquietude, necessidade de exploração e muita atividade.

Oliveira, Ferreira e Carmona (2009) relatam que as crianças em sua maioria, são cobradas como se tivessem percepção e capacidade para se prevenir de acidentes domésticos. Corroborando este relato Brito et al. (2010) refere que há um desconhecimento das famílias sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança com idade de 1 a 2 anos, e nesta fase eles possuem um entusiasmo e energia abundante que permite a ela o aprendizado por meio da exploração do ambiente e da curiosidade.

Werneck et al (2006) afirma que a queimadura possui causas múltiplas e complexas, e tem fundamentos sociais e psicológicos. Os autores admitem que exista predominância dos acidentes desta natureza em crianças menores de cinco anos e do sexo masculino, como também entre mulheres em idade reprodutiva. Para eles, mesmo que a hiperatividade seja uma explicação comportamental existem outros fatores que precisam ser entendidos como componentes fornecedores das queimaduras como, por exemplo, estar incluso em famílias de baixo nível sócio econômico pode aumentar em duas vezes a probabilidade da ocorrência da queimadura.

Outro fator que pode estar relacionado à facilidade na identificação e compreensão dos riscos de acidente dentro do ambiente físico doméstico seria o nível de escolaridade, uma vez que quanto maior o nível de escolaridade dos pais, maior será o entendimento destes com relação a maneira mais segura e adequada de cuidar do seu filho ( REICHERT, SILVA e COSTA, 2003)

Outras situações que independem da ação direta da criança incluem a violência ou maus-tratos que esta sofre seja por parte dos próprios familiares ou por terceiros. Este estudo identificou uma única situação em que existe a suspeita de que a queimadura tenha sido provocada pela mãe biológica da criança. Segundo Leonardi e Pereira (2006) as lesões em crianças provenientes de maus tratos são descritas com diversas justificativas que incluem crenças religiosas, necessidade de imposição de conduta disciplinar e educativa, como meio de punição e até mesmo por dificuldades financeiras. Nestas situações os responsáveis procuram justificar-se com histórias que não traduzem a realidade da queimadura.

A violência cometida contra um ser desprotegido tanto física quanto emocionalmente deixa marcas que ultrapassam as sequelas físicas, pois interrompe um ciclo da vida, limita atividades e sonhos de uma realidade que passa a se distanciar cada vez mais do indivíduo agredido pelo trauma (LEONARDI e PEREIRA, 2006).

A exposição ao trauma pode acontecer com uma criança isoladamente, se esta se encontra sozinha, ou também pode acontecer com um grupo de pessoas com as quais esta convive e está no momento que precede o acidente. Crianças da mesma família podem estar envolvidas neste tipo de trauma, quando por curiosidade, peraltices, ou até mesmo ao acaso ou por falta de atenção se colocam em risco. Quando estão em grupo com outras crianças, ao perceberem os riscos aos quais estão expostas e movidas pelo impulso ou responsabilidade, crianças mais velhas tentam proteger os mais novos, mas não obtém êxito em suas ações e conseqüentemente representam perigo para as crianças menores.

*“Parece assim que eles tiveram curiosidade de ver o que tava fazendo na panela, que já estava na boca de trás do fogão pra evitar deles*

*mexer. Então no que ele subiu na tampa do forno do fogão, o fogão virou e a panela caiu. E caiu nela porque foi ele que subiu, ele estava na frente dela. A água quente respingou nele um pouquinho só, porque queimar mesmo foi nela...” (Cristina)*

O depoimento abaixo mostra fatos relevantes: a criança estava sozinha com o irmão quando o acidente aconteceu, e a idade dos dois era inferior a 4 anos. Isso nos permite perceber a ausência de discernimento da mãe sobre os perigos aos quais as crianças estavam expostas. Esta situação em especial não reflete a que é vivenciada e retratada em muitos estudos, de que as mães se desdobram nas atividades em função da quantidade de filhos e da baixa renda, e tem que cuidar de tudo e todos ao mesmo tempo.

*“A mãe dele deixou duas crianças em casa e saiu dizendo que ia na padaria. O maiorzinho, de três anos mexeu com a vela perto do bebê que estava no carrinho e deixou o fogo cair em cima dele...”(Fátima)*

Numa outra situação a criança mais velha quis ajudar, tinha consciência da gravidade da situação e tentou agir com responsabilidade, mas não teve o poder de evitar o acidente. Nesta situação foi agredida pelo trauma a fim de proteger os demais.

*“O meu filho menor de 6 anos queria fazer uma fogueira igual a que ele via o pai dele fazer na churrasqueira... Então ele arrastou a mesa pra perto do armário, colocou uma cadeira em cima dela e subiu pra alcançar o álcool que estava lá em cima. Desceu normal e foi acender o fogo. Quando a mais velha viu, ela foi tomar o frasco dele. No que ela puxou e tomou da mão dele pegou fogo no frasco e o fogo foi todo em cima dela...” (Tereza)*

#### *A família diante do trauma*

Em qualquer uma das situações aqui apresentadas e independente do agente causal da queimadura, os pais tiveram uma compreensão clara e imediata do acidente, o que os permitiu agir com competência diante da cena

que presenciavam, e assim realizar os cuidados iniciais, chamar por socorro e buscar o atendimento adequado na unidade de saúde mais próxima.

*“Quando ele subiu na cabeceira da cama pra colocar o fio da antena na tomada logo ele levou o choque. E foi tão forte que ele foi jogado nos pés da cama. Nisso ele enrolou o lado esquerdo todinho, braço, perna, tudo... eu vim correndo com os gritos dele e já fui fazendo massagem nele, tentando esticar o copinho dele. Eu gritava pra ver se ele me respondia e eu saber que ele estava vivo... quando eu vi que sim eu peguei o telefone e liguei pra minha mãe e ela veio socorrer a gente.”(Rosa)*

*“Logo que eu vi que a panela quente tinha virado sobre ela eu gritei, gritei muito por ajuda... e enquanto eu gritava eu já ia tirando a roupa quente dela, porque eu vi que tinha água parada na blusa. A blusa dela estava encharcada com a água fervente. Meu marido já apareceu e viu tudo... ela ali nos meus braços só de calcinha! Ele correu e trouxe um lençol limpo pra gente proteger e não deixar ela com frio”.(Maria)*

*“O meu vizinho foi quem veio pra acudir! Ele ouviu o barulho da explosão e veio correndo. Ele que entrou no quarto, pegou ela e ficou jogando água no corpinho dela pra apagar o fogo, porque ela ainda tava queimando...ele nem pensou de não ajudar, ele até queimou também pra salvar minha filha!(choro)(Rafaela)*

O socorro à vítima é prestado por quem presencia a cena ou se depara com ela imediatamente após o seu acontecimento, e na maioria das vezes é realizado pela família ou por pessoas próximas como os vizinhos de casa. Estas, independente do seu grau de parentesco ou de proximidade com a vítima, são tomadas pelo sentimento de solidariedade e pela necessidade humanística de livrar a vítima da agressão que sofre.

É importante frisar que os exemplos citados pelos participantes deste estudo permitiu perceber que, ainda que em situação de choque, e apesar de leigos no assunto e desprovido de orientações educativas sobre primeiros socorros em queimaduras, as atitudes tomadas para o socorro da criança

foram corretas, o que contribui significativamente para a recuperação da criança. Este fato não pode ser observado no estudo de Varela et al (2009), em que alguns participantes não adotaram atitude correta e entre outros utilizaram clara de ovo, pasta d'água e outras pomadas em geral. São encontradas ainda na literatura referências ao uso de creme dental, gel de massagem, açúcar e farinha sobre a pele das vítimas( CARVALHO, 2009).

Essa situação em que a tomada de decisão familiar acontece em caráter de urgência e a coloca como quem presta o socorro inicial não pôde ser experimentada por todos os entrevistados. Alguns destes desconheciam que atitude tomar, o que fazer para conter ou minimizar as complicações do trauma, e experimentaram então a inércia diante da cena. A gravidade do trauma pode acarretar nos familiares não somente a falta de atitude, como também provoca o descontrole emocional, o que pode interferir no socorro imediato da vítima. Um estudo realizado por Horridge, Cohen, Gaskell (2010) demonstrou que os pais também reagiram de maneiras diferentes à ocorrência do trauma: Uns reagiram com pânico e histeria, outros calmos e pensativos diante da cena, o que os fizeram agir com mais clareza. Os pais que reagiram com calma e ponderação foram capazes de ser mais úteis na situação da crise, o que reafirma os achados do presente estudo.

*“...Quando a gente ouviu foi um barulho, um estouro! Eu sabia que era ali dentro de casa, mas eu nem conseguia imaginar o que tinha acontecido. Eu nem consegui ir lá... eu fiquei parada e pensei que eu tivesse perdido meus dois filhos que estavam lá dentro... Eu fiquei tão assim sem ação nenhuma que eu nem saía do lugar... parece que eu tinha virado uma pedra ali no meio!” (Rafaela)*

*“Eu fiquei tão descontrolada, que nem sei dizer como foi... fiquei doida mesmo... Chorava, gritava, o mundo parecia estar acabando. Quando eu via a pele dela soltando do corpo perdi o controle, graças a Deus que teve alguém que pensou e agiu mais certo do que eu...” (Cristina)*

*“Na hora lá eu e o pai dela não fizemos nada, a gente não sabia o que fazer diante daquilo ali, então a gente nem mexeu... nós tinha medo de fazer coisa errada e piorar ela...”(Joana)*

Uma situação em especial chamou-me a atenção, em que a própria criança se dá os cuidados imediatos, e os realizou competentemente. A mãe não soube dizer se a criança revelou ter tido algum contato com ações educativas que tratassem de primeiros socorros em queimaduras. É importante ainda destacar nesta cena, o controle emocional que a criança obteve diante dos pais quando estes se depararam com ela a caminho do hospital.

*“Ela correu pro banheiro, tirou a roupa, tomou banho, e correu pra oficina pra avisar o pai dela. Ela fez isso sozinha! Ela foi muito sensata, muito correta...ela foi muito corajosa. ela não chorava... ela não gritava! Parecia que ela não tinha dor, mas hoje ela conta que ela tinha sim, e muita dor...” (Tereza)*

Nas situações em que o trauma acontece na presença de apenas um dos pais é comum que um atribua a culpa ao outro. O presente estudo revelou que na maioria das vezes o trauma aconteceu na ausência da figura paterna, o que imputou às mães toda a responsabilidade pelo ocorrido, conferindo-lhe sentimentos punitivos e culposos. Não bastasse a própria mãe se sentir nesta condição de culpa, os conflitos conjugais e familiares anteriores vem à tona e agravam ainda mais a sua dor.

*“Quando a minha filha se queimou eu estava no trabalho e ele também, mas como o trabalho dele ficava perto de casa foi ele quem levou ela pro hospital... No dia do acidente dela eu só soube quando ela já estava vindo pra Goiânia na ambulância. Eu saí correndo e chorando através dele feito uma desesperada, porque eu queria saber como, o que tinha acontecido com ela. Ele mesmo não me falou nada, ele nem me ligou. Ele me deixou sofrendo lá sem nenhuma explicação, as pessoas que viram foi que me falaram umas coisas depois.”(Tereza)*

*“E na hora que eu tava lá doída chorando, com a menina no colo pra levar pro hospital ele já tava em cima de mim brigando, cobrando,*

*dizendo que a culpada era eu, que ia tomar a menina de mim porque eu não sabia cuidar dela... ele tava igual um bicho em cima de mim... ele só pensou nele e nem viu o jeito que eu tava... e isso não foi só porque na hora ele tava nervoso não! Quando eu cheguei do hospital ele estava me esperando, continuou brigando comigo e não me ajudou com nada, não perguntou nada...”(Zélia)*

Para Carvalho (2009) os pais também se colocam em uma situação diferente: transferem a responsabilidade do acidente aos outros. Em algumas situações o pai culpa a mãe. Em outras acontece o inverso, e a mãe culpa o pai. Em outras, a comunidade é quem julga. O importante é que se entenda que a existência do acidente é um fato, e isso pode ajudar a repensar o ambiente familiar e os riscos que ele oferece.

Estudos que contemplam acidentes com crianças demonstram que os pais não possuíam preocupações evidentes para evitar certo tipo de transtorno por achar que não seriam acometidos pelos mesmos. Demonstram sim a existência do sentimento de culpa, arrependimento, e às vezes até cena de conformismo e resignação com os acontecimentos. Essa culpa é perpetuada caso hajam sequelas irreversíveis ou sejam letais, e não raramente estas ocorrências levam ao desajuste da estrutura familiar quando o homem transfere à mulher toda a responsabilidade pelos cuidados diários e educação dos seus filhos (SOUZA, BARROSO, 1999).

Este estudo deixou claro que todos os participantes sentiam-se culpados de alguma maneira pelo trauma do filho. Ao contrário do estudo realizado por Carvalho (2009), que revelou alguns participantes que atribuíram o acidente ao acaso, ou que não se devia às atitudes ou ações de ninguém.

Em uma situação específica, pelo fato de atribuir a culpa do acidente à mãe, como tentativa de feri-la ainda mais, o pai a impediu de acompanhar a criança durante a transferência para o hospital, o que aumentou o sentimento de impotência que já é um elemento sempre referido pelos pais diante da cena.

*“Nem ele vendo o tanto que eu sofria ele deixou eu ir... aí ele disse assim: não, você não vai! Você não vai resolver nada lá, o que*

*você tinha que fazer era cuidar dela pra não acontecer nada, agora não adianta mais chorar! E ele não deixou eu entrar na ambulância...eu achei que eu é que ia morrer ali...eu tinha muita dó dela sabe? e eu não podia fazer nada, eu não servia pra nada” (Tereza).*

*“Eu era incapaz, eu sentia incapaz de ajudar ela, e isso parecia que ia me matar! Nossa Senhora, ô dificuldade! Parecia que era impossível escapar daquilo ali meu Deus!” (Cristina).*

Para que haja sucesso do atendimento todas as etapas do cuidado com a criança queimada são fundamentais, e os cuidados iniciais, quando realizados adequadamente, contribuem significativamente para a redução da morbidade e mortalidade. Sendo assim é de extrema importância que se realizem ações educativas sobre primeiros socorros ao queimado, voltadas à população de risco e de um modo geral para que estes possuam conhecimento necessário e saibam agir corretamente diante da queimadura (VALE, 2005).

As medidas adotadas inicialmente devem ser para remover a fonte de calor, afastando a vítima da chama ou retirando o objeto quente para então parar o processo lesivo, cobrir a queimadura e transportar a criança até um local com assistência médica (MENEZES, 2007; VALE, 2005). Nas queimaduras que envolvem chamas o fogo deve ser abafado prioritariamente. Nestas situações as crianças se desesperam e correm, o que serve apenas para dificultar a assistência e ativar as chamas, pois impede o contato do socorrista com ela. As roupas devem ser removidas desde que não estejam aderidas à pele, caso contrário removê-las apenas quando a criança estiver sob efeito de anestesia durante o debridamento da ferida. Caso as queimaduras sejam causadas por fonte elétrica a interrupção da corrente antes do contato com a vítima deve ser feita inicialmente, e se isso não for possível, tentar afastá-la com objeto isolante, como madeira seca. Permanecer em pé também está contraindicado, pois existe o risco de o fogo atingir o cabelo caso já não o tenha feito, e ainda o de inalar gases e calor (MENEZES, 2007).

Em seguida deve-se providenciar o resfriamento da queimadura em água corrente fria, o que ajuda a aliviar a dor, promove a limpeza da ferida removendo agentes nocivos, inibe a formação de edema e impede a

progressão do calor, retardando o aprofundamento da lesão. Nunca devem ser usados cremes hidratantes ou creme dental, ou ainda fazer o resfriamento em água gelada, pois a vasoconstrição resultante interfere na perfusão capilar e aumenta a lesão pelo frio (MENEZES, 2007; VALE, 2005).

Portanto deve-se instituir o resfriamento com água corrente o mais breve possível, durante cerca de 10 minutos, e caso necessário podendo chegar a 20 minutos. No entanto, quanto mais extensa for a queimadura mais breve deverá ser este resfriamento, evitando-se a hipotermia. Também não se recomenda o resfriamento em queimaduras superiores a 15% da superfície corporal. Após o resfriamento a área corporal pode ser protegida com gazes, compressas, toalha limpa e em seguida coberta com plástico ou outro material impermeável. Cabe sempre lembrar que a queimadura deve ser resfriada, mas o paciente aquecido. As roupas queimadas devem ser removidas, exceto se estiverem aderidas à pele. A ferida deve ser coberta com pano limpo e úmido para evitar contaminação e aderência do tecido à queimadura, além de aliviar a dor ao impedir o contato com o ar (MENEZES, 2007).

Em meio ao trauma e nesse emaranhado de emoções e conflitos o apoio de outros membros da família é um elemento fundamental para o fortalecimento e reestabelecimento emocional dos pais, que buscam uma forma de justificar o acontecido, de resolvê-lo, e de tentar extinguir toda a dor que os consome e à criança principalmente. Além do cuidado físico à criança queimada não se pode em hipótese alguma descartar a necessidade de tranquilizar a criança e a família, oferecendo-lhes apoio psicológico. A redução da ansiedade ajuda a conservar a energia necessária para lidar com o estresse fisiológico e emocional da lesão traumática (MENEZES, 2007).

## ***Categoria 2 - Impacto da queimadura sobre a família***

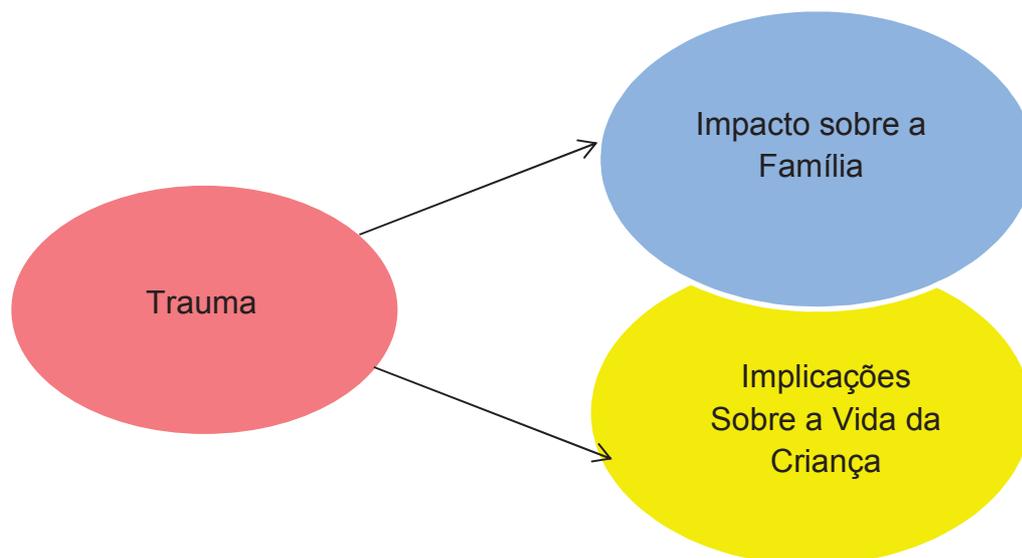


Figura 3 – O Impacto do Trauma sobre a Família e a Criança

A queimadura é um evento que incide diretamente sobre a natureza humana independentemente da sua faixa etária. Seu impacto agressivo, doloroso e devastador ultrapassam as dimensões física, social, econômica e emocional do sujeito afetado por ela. Considerando que este sujeito não está sozinho, e vive rodeado por seus familiares, não se pode descartar ou até minimizar os impactos que o trauma também acarreta sobre a família e a rotina que habitualmente era seguida por cada uma delas.

A família, inserida nesse cenário impactante se vê cercada e experimenta situações do cotidiano hospitalar com as quais não está acostumada a lidar e, portanto, não contribui de maneira efetiva com o cuidado a criança hospitalizada. Essa negativa à contribuição revela uma condição em que também se encontra a família, que é a de adoecimento e esforço para adaptação e superação dessa nova condição.

Falar na internação de uma criança significa ter que considerar diferentes separações. Separação física em relação às figuras paternas, ao ambiente familiar físico e afetivo, em relação aos brinquedos e ao círculo de amigos. Para os pais, além de vivenciar com o filho todo esse momento conflitante e doloroso, existe também uma ruptura na organização do seu

cotidiano, que envolvem as despesas médicas, deslocamento, faltas ao trabalho, cansaço aumentado e muitas noites sem dormir (MENEZES, 2007).

O trauma é caracterizado como um ponto de partida de um processo que gera impactos sobre todos os envolvidos e que provoca a desordem em toda uma trajetória de vida e expõe os envolvidos a novas situações que exigem o saber lidar com o sofrimento e empenho na superação das dificuldades impostas.

A data do acidente ficou marcada na memória da grande maioria dos pais entrevistados, o que reflete que este evento não foi esquecido por nenhum deles. Em apenas duas situações os pais não se recordaram com exatidão quando o acidente aconteceu, o que não os impede de retomar toda a experiência vivida a partir dali. Ferreira (2006), em um estudo realizado também com mães de crianças vitimadas pela queimadura, observou que as mães recordam-se do momento em que a queimadura aconteceu, e sempre o associam a alguma atividade doméstica que estavam a realizar ou ao momento de ausência de casa por conta do trabalho.

Por se tratar de uma situação atípica que invade e agride a vítima e seus familiares, estes últimos procuram conscientemente e intencionalmente se distanciar da lembrança do trauma, e conseqüentemente da dor sentida ao vivenciá-lo. Em boa parte das entrevistas realizadas os participantes declararam não se sentir a vontade para tocar no assunto com frequência, ou em ocasiões comuns em que eram solicitados por curiosos ou desconhecidos. Deixaram claro que o faziam naquele momento por entenderem a necessidade da pesquisadora.

*“Na verdade, bem na verdade, a gente evita muito de falar sobre o que aconteceu. Nós nunca conversamos sobre isso em casa. Às vezes a gente até quer comentar, mas entrar nos detalhes não... nenhum de nós ainda teve coragem de expor o que sente, sabe? As vezes é difícil falar entre a gente, mas aqui parece que vai ser bom pra mim e pra você também, né?” (Maria)*

*“...(em meio ao choro) É uma coisa que eu não procuro nem lembrar... E assim, no início eu também não gostava muito de conversar porque eu lembrava daquelas coisas e me sentia muito mal...mas agora não, agora é diferente... Então, lembrar é ruim, mas é uma coisa que vai ficar lá pro resto da vida, não dá pra tirar! Só se nascer de novo, mas mesmo assim parece que não vai sair da gente...”(Rafaela)*

O silêncio, muitas vezes proposital, é reflexo de um sentimento de culpa carregado pelos pais, que por não terem percebido as condições que permitiriam o acidente não puderam evitá-lo de acontecer. Essa culpa fora atribuída pelos pais a si mesmos, em momentos solitários quando estes se questionavam do porque do acidente.

*“... mas no fundo, no fundo eu me sentia culpada... uma culpa que eu não tive, mas de uma coisa que aconteceu. Muito doloroso muito difícil... “E pior sabe o que é? Que não precisa ninguém culpar a gente. A gente mesmo se culpa...”(Joana)*

*“Então quando você pensa você começa a se culpar, porque isso é coisa dos pais, né? Porque não estava lá? Porque que aconteceu? O que a gente poderia ter feito? [...] Eu acho que todo mundo sente isso, porque a responsabilidade daquela criança é sua, você é responsável do teu filho...e por mais que eu não tivesse feito nada pra acontecer, eu achava que eu tava culpada...” (Rafaela)*

Uma situação específica, encontrada em apenas um dos depoimentos, revela a desconfiança da família de que o trauma tenha sido provocado pela mãe biológica da criança.

*“Eu acochei ela, a família dela também começou a acochar ela, e começou a ver como é que ele tinha queimado. Eles (os médicos) viram que pelo jeito da queimadura que não tinha sido daquele jeito que ela tinha contado.” ( Fátima)*

O menor mora com a tia atualmente, sua mãe adotiva, após ter sido abandonado pela mãe biológica ainda na fase inicial do tratamento. Essa

suspeita de agressão ao menor e seu abandono em momento tão crítico gerou expressiva revolta familiar.

*Então... devido ela ser minha parenta eu fui e conversei com a mãe dela que é minha irmã, e falei eu ia ficar com ele. Fui no juizado, peguei a guarda dele, inclusive eles me deram a guarda até definitiva. De agora pra frente eu não quero ela mais na minha porta de forma alguma, de jeito nenhum. Porque eu acho uma covardia o que ela fez! Eu fiz tudo pra ela ficar com ele, eu ajudei o que eu podia, e ela não quis! Então eu vou ficar mas eu não quero que ela passe nem na minha porta [...] e assim, a mãe dela ficou muito revoltada com ela, demorou muito pra ela aceitar ver a filha de novo... perdoar mesmo acho que ela não perdoou não! [...] Como é que eu ia pensar que uma mãe ia ser capaz de uma covardia daquelas, de deixar aquele menino só? Deus me livre! Eu nem pensava de ela ser assim..." (Fátima)*

Segundo Pinto, Montinho, Gonçalves (2008) o acontecimento da queimadura agride não somente um órgão, mas o conjunto ao qual este órgão pertence. Sendo assim, não apenas a criança isoladamente, mas a família, amigos próximos, companheiros e vizinhos experimentam as sensações dolorosas do trauma e a angústia trazida pela doença.

Romanelli (2003) reforça a idéia de que o aparecimento da doença incida também sobre a família. Para o autor o desgaste físico e emocional causado pela doença, bem como as limitações advindas do trauma levam a criança ao isolamento e fazem com que essa angústia e dor seja vivenciada apenas na intimidade da família. A família então passa a ser o porto seguro da criança, a referência do cuidado regado por proximidade e afeto, diferente do atendimento informal e impessoal que é realizado nos serviços públicos e privados de saúde.

A dor que existe neste momento pode ser potencializada por eventos anteriores, como perdas de parentes próximos, e que deixam as emoções mais expostas. Experiências anteriores com doença e hospitalização também podem influenciar a maneira como os pais e as crianças percebem essa nova experiência (MOLINA, 2009).

*“ Eu vou dizer pra senhora: era a coisa mais triste, sabe, por causa da ocasião e do jeito. Foi triste por muita coisa, eu tinha perdido minha mãe tinha três meses, aí aconteceu o acidente com ele, e tudo vira em cima da gente... E se a gente que é a gente fica abatido, imagina a criança que passa por uma coisa dessas” (Carlos)*

A perda de vínculo pode não ser definitiva, o afastamento sofre interferência do tempo exigido para a hospitalização. Em algumas situações neste estudo houve a necessidade do deslocamento da família de uma cidade para outra em virtude do tratamento, pois a cidade de origem não dispunha do tratamento especializado. O afastamento é realizado através de uma escolha imediata mas consciente, mas que nem por isso minimiza o sofrimento materno e sensação de perda de apoio promovido pelo afastamento dos seus familiares.

*“Essa é a única coisa que me deixa assim triste... Eu não tenho convivência com eles, com meus irmãos. Eles cresceram e a única coisa que eu guardo deles é de quando eles eram pequenos. E agora eles já estão grandes, já casaram. Eu já perdi também meu avô e eu não tava lá. Tenho parentes, amigos que eu não vejo mais. Esse ano eu até tentei juntar um dinheiro pra ir, mas não dá, porque tem o tratamento da minha filha e a prioridade vai ser ela sempre! Viajar pra lá custa muito caro...” (Rafaela)*

A hospitalização desencadeia ainda a preocupação com os outros filhos que ficaram em casa, com o marido, com os afazeres domésticos. Segundo Carvalho, Rossi e Ciofi-Silva (2008) os familiares visitantes e os acompanhantes referiram que os familiares que ficaram em casa sentem-se pouco importantes, e reclamam do afastamento e da diminuição do cuidado e atenção que lhes era dado antes do acidente.

Como tentativa de evitar esse sentimento de abandono a mãe se desdobra nas suas funções perante os filhos, e diante do adoecimento e hospitalização de um, se vê obrigada a fazer uma escolha que certamente não pensava ser necessária. Ao mesmo tempo em que elas precisam permanecer no hospital com o filho, estas sofrem por não poderem dar atenção aos demais

que ficaram em casa (SILVA et al, 2010). Ela sabe que a sua presença é importante e insubstituível, o que a leva a estabelecer prioridades e definir quem acompanhará a princípio. Esta percepção da mãe de compreensão da sua importância no processo de cuidar e de cura do seu filho hospitalizado é relatada no estudo de Silva et al (2010), e estes afirmam que a permanência materna durante a hospitalização fortalece o vínculo e garante segurança e apoio à criança.

Não se pode desconsiderar que a hospitalização pela queimadura é algo diferente, pois se trata de uma situação imprevisível, não programada, que acontece de maneira muito rápida. Estas características não permitem que haja o um preparo do indivíduo hospitalizado, nem tampouco do familiar para a internação hospitalar. Uma pessoa que se encontra em perfeito estado físico e emocional, e de repente está em situação de dor e comprometimento das funções vitais exige muito do familiar.

Quando a hospitalização da criança é programada os pais tem tempo para se organizar, buscar informações sobre os procedimentos aos quais a criança estará sujeita, e então prepará-la para este internamento. Nada disso é possível no caso de uma emergência. Quando a internação acontece subitamente, os pais não tem tempo para se preparar emocionalmente, não tem acesso à informação, e as suas ações são desorganizadas pelo stress associado à hospitalização (MENEZES, 2007).

*“ Nossa, cada vez que eu ia visitar ela eu saía péssima, eu virei um palitinho, eu não conseguia me alimentar direito, eu passava mais era de coisa que eu tomava, pra aguentar ficar acompanhando ela, porque eu sofri também... Eu já era magra, mas fiquei pior ainda... E assim, eu me senti assim como se alguma coisa de mim estava sendo tirada, principalmente filho, que é um laço muito forte que a gente tem. Eu senti assim que a minha filha tava indo e eu ficando, e eu queria ir com ela, eu queira ir junto dela. Na verdade eu queria eu tá no lugar dela... ( choro), parece que eu sentia a dor dela, mais dor que ela.”  
(Cristina)*

*“ É tão difícil dizer as coisas que a gente vive... Todos os dias eu ia visitar ela, só que nos primeiros eu não tinha coragem de entrar pra ver. Eu ia pro hospital e ficava lá de fora, até que a psicóloga veio pra me ajudar e eu consegui...o pai dela também queria ser forte pra ajudar, mas quando ele entrava ele também não aguentava! [...] A primeira vez que eu cheguei que ela tava sem o aparelho, ela olhou pra mim assim e começou a chorar... Ela chorou quando me viu... Acho que ela queira que eu pegasse ela, aí eu cheguei pertinho dela, peguei e ela acalmou, mas eu não! ... Foi uma emoção grande demais ver aquela criança que eu pensei que ia morrer... E daquele tamanho assim e sofrendo! Sofrendo tanto e lutando! Lutando pra viver... É uma coisa... Sei lá...(risos e choro de felicidade).(Rafaela)*

Bicho e Pires (2002) referem que com a ocorrência das queimaduras e da consequente hospitalização, a criança e os pais se deparam com uma situação que exige intenso esforço de adaptação. Para eles tudo é novo, trata-se de uma situação não experimentada e que lhes impõe, principalmente aos pais, profunda ansiedade para obter informações sobre o estado de saúde da criança e o decorrer do tratamento.

*“Hoje é mais diferente, porque assim...desde que ela queimou eu sempre tenho que vim no hospital, eu sempre tenho que tá vindo nas reuniões do grupo...”(Joana)*

*“Mudou o nosso jeito de vida assim, praticamente tudo. Porque agora assim eu trabalhava, e agora não. Eu tô mais dedicada pra eles, porque eu tenho que vim pra cá pra Goiânia direto.” (Josefa)*

O apoio familiar é frequentemente citado como uma influência importante sobre a adaptação psicossocial da criança com maior coesão familiar e expressividade, e menos conflitos familiares. Além disto promove o melhor ajustamento psicológico e qualidade de vida da criança com lesão por queimadura. Resultados têm mostrado que, com o apoio contínuo da família, a maioria das crianças feridas pela queimadura recuperaram-se socialmente e psicologicamente dentro de um ano. Isto significa que as crianças começam a

integrar de volta para seus ambientes normais, incluindo atividades comunitárias e escola (HORRIDGE, COHEN, GASKELL, 2010)

Neste estudo, reconhecendo e considerando a sua importância, sem medir esforços, os pais procuram sempre uma maneira de se manter por perto do filho que está hospitalizado e ainda garantir um pouco da sua presença aos demais. Nesse contexto, segundo Silva et al (2010) a mãe não se preocupa somente com o filho internado, mas com tudo o que está a sua volta.

*“Quando a gente veio pra cá com ela uns dos meninos vieram e outros ficaram lá com a minha vizinha. Os que estavam aqui ficaram com a minha cunhada enquanto eu ficava no hospital. Sempre tinha que ficar com um e deixar os outros... e a gente nunca sabe se está escolhendo o certo.” (Tereza)*

*“ Quando o nosso filho ficou internado nós não sabia que alguém podia ficar acompanhando ele no hospital. Então nós dois foi embora... quando a gente descobriu que podia ficar um, nós ficou feliz sim, mas ficou triste também porque minha mulher teve que deixar a nenezinha com os outros. Quando ficava com ele sofria por causa da nenê, quando ficava com ela sofria por causa dele. Como que pode, né?*

Na verdade não somente as vítimas da queimadura necessitam de atenção, apoio e as vezes até proteção dos impactos que a queimadura provoca. A família, que tem lugar de destaque no processo de recuperação da criança também requer uma intensificação do olhar da equipe multidisciplinar sobre ela, pois seja a médio ou longo prazo, a depender das sequelas físicas e emocionais que a queimadura tenha provocado, esta não consegue alcançar o reestabelecimento emocional que existia anteriormente ao trauma.

*“Eu era muito, muito forte no começo, mas depois as forças foi se acabando...” (Rosa)*

*“Só eu, o pai dela e Deus que sabe o que a gente sofreu... Eu acho que a nossa vida ainda não tá assim, não retornou ainda do jeito que era não... Eu acho até que não tem jeito, né? Quem passa por isso não tem jeito da vida seguir igual era antes!”(Joana)*

*“Só quem passou por um negócio desses é que sabe o que a gente diz... E sabe também que parece que nunca vai acabar... Parece mesmo é que vai acabar com a gente! E no fundo, no fundo acaba um pouco sim! [...] Eu não sei se tem jeito pra isso não!” (Maria)*

O sofrimento é perpetuado entre os pais, principalmente por estes perceberem toda a ruptura que é ocasionada pelo trauma. Os hábitos, a rotina familiar sofre alterações, assim como os da criança. Existe um abandono intrínseco a este processo de hospitalização que é o de deixar o lar, os demais filhos, suas atividades de repouso, de lazer, bem como o afastamento do trabalho.

*“Eu tenho os outros meninos, mas as vezes parece que eu não tenho, porque eu tenho que viver só pra um...” (Rosa)*

*“ A gente não tem como não ficar ruim, né? Porque a nossa vida mudou muito depois disso. A gente tem que olhar mais pra ela do que pros outros, e eu acho que eles sente alguma coisa também. Ela ficou com o rosto todo queimado, quebrou o maxilar. Ela ia dormir e não conseguia fechar o olho, eu cansei de ficar acordada em cima dela. Ela não dava conta de comer ... todo mundo sofria!” (Josefa)*

*“ Eu tive que sair do meu emprego pra poder cuidar dele. Era muito difícil nós morar lá e ter que vir cuidar dele aqui. E nem se fosse perto não dava, ele parecia ter virado um bebê de novo. e agora nem que a gente tivesse condição eu tinha mais coragem de deixar outras pessoas cuidar...” ( Carlos)*

Além da ruptura dessa rotina, a descaracterização da imagem da criança também afeta a família, que demonstra fragilidade diante dessa mudança brusca da imagem corporal do filho. A família já percebe, ainda que primitivamente, as mudanças e sofrimento acarretado pelas sequelas da queimadura na sua vida e na vida da criança.

*“No outro dia que eu voltei pra visitar ela, eu fiquei assustada com o que eu vi, ela tava muito inchada, pra você ver, eu cheguei no quarto procurando ela e não reconhecia, mas aí ela escutou a minha voz e*

*chamou: mamãe... Aí eu olhei e vi ela, nossa! Eu assustei muito!”  
(Cristina)*

*“É uma coisa assim que eu não... Praticamente eu nem acreditava naquilo que eu tava vendo, ela assim toda inchada, toda enfaixada, só aparecia o rostinho... O rostinho só de um lado, e aí só ficou aparecendo o olhinho direito dela, e foi a única coisa dela que ficou aparecendo! A única coisa que eu vi... Eu fiquei pensando assim: quando os médicos falou que ela tinha perdido também os dedinhos da mão esquerda, e a orelhinha esquerda, e o cabelo desse lado... Aí eu fiquei imaginando assim: ela lá daquele jeito toda enfaixada, e assim imaginando pra frente, como é que seria, eu ver aquela criança normal, e daqui pra frente ser tudo diferente, que eu sabia que ia ser. e ainda teve outra coisa: os médicos falaram que tinha que amputar o bracinho esquerdo dela porque não tava respondendo ao tratamento, que ia fazer ela sofrer, que tinha que tirar.” (Rafaela)*

Os depoimentos das participantes do estudo de Silva et al., (2010) demonstram o impacto causado pela doença e hospitalização da criança, e se traduzem na perda da normalidade, da alteração financeira no orçamento doméstico, e de dor pelo sofrimento do filho. O convívio entre pais e filhos é rompido em virtude da separação temporária e a imagem da criança sobre o leito faz os pais retomarem as lembranças do trauma, que por si só vem permeadas de dor e sofrimento. A ruptura no convívio não acontece somente na fase aguda da hospitalização e pode ser estendida pela reabilitação, uma etapa não menos delicada, solitária e dolorosa que as anteriores. Isto se dá também por outras necessidades do tratamento da criança queimada, que incluem internações posteriores para reconstrução, sessões de fisioterapia, acompanhamento psicológico e psicoterápico, entre outras.

*“Esse acidente fez eu ficar doente! Eu adoeci com isso...eu vinha aqui ver ela na UTI e não queria voltar pra casa. Depois quando passava eu pensava: Meu Deus, volta a nossa vida pro lugar! [...] Primeiro eu acompanhei o sofrimento dele como tia, e depois como mãe. Eu vejo*

*que ele já sofreu muito mesmo antes dele ser meu! Eu sofria com o sofrimento dele...” (Fátima)*

O sofrimento familiar decorrente do trauma pode ser potencializado em virtude da participação de outras crianças no acidente, ainda que seja apenas como expectadoras, pois provoca uma desordem emocional significativa nestes pequenos e exige ainda mais o empenho e participação familiar para o retorno do seu comportamento habitual. O sentimento de culpa pode ser experimentado também pelas crianças e a presença da mãe é, mais uma vez, imprescindível para o reajuste emocional destas outras crianças. Um estudo realizado por Mancuso et al (2003) teve como objetivos examinar como a ruptura da saúde da criança que sofreu queimadura afeta o estado emocional, social e comportamental dos seus irmãos. Os resultados revelaram que o grupo de irmãos queimados estava mais bem adaptado que os que não haviam sofrido queimadura, no entanto tiveram desempenho social pior. Irmãos de crianças com queimaduras moderadas estavam mais bem adaptados psicologicamente que irmãos de crianças com queimaduras graves e moderadas.

*“E assim, a minha filha mais nova também ficou muito abalada, ela viu tudo... E eu precisei então ficar em casa cuidando deles e aguentando o meu marido...eles precisavam demais de mim!” (Tereza)*

*“ Ela me dizia assim com frequência: mamãe, a minha irmã tava pegando fogo mamãe! E o menino dizia assim: Mamãe, eu não tive culpa, eu não queria fazer isso com ela...(choro)*

*“Ele também ficou assim... Ficou em choque, né? Ele tinha quatro anos só... E ele ficou falando que tentou puxar ela do fogo, que ela tava pegando fogo, muito fogo, ele disse que queria puxar ela de lá e não conseguiu... Isso deixou ele triste por muito tempo, ele ficou uma criança diferente assim do que ele era!” (Rafaela)*

A preocupação excessiva com o cuidado do filho atingido pela queimadura leva a mãe ao descuido das próprias necessidades. Chega ao ponto de a mãe deixar o trabalho, que lhe servia de refúgio dos problemas

conjugais, para cuidar da criança. Uma situação deste estudo revelou que com o excesso de cuidados que dispensava ao filho a mãe teve seu estado de saúde comprometido. Estando nesta condição debilitante, a mãe cuida para que a sua família não perceba, e desta forma se desampara dos cuidados que deveriam ser realizados por si mesma e pelos demais.

*“Eu não sentia dor, eu era mais disposta, depois que ela queimou eu fiquei doente e eu comecei a sentir muitas dores fortes, muito, muito fortes [...] Eu cheguei a ficar assim até praticamente não conseguir nem pentear o cabelo, aí foi quando o médico descobriu que eu tinha fibromialgia. E ele falou que isso vinha assim desse sofrimento, desse desgaste, hoje eu também tomo remédio, porque a minha musculatura vai endurecendo e eu não aguento de dor [...] Hoje eu fico mais sem paciência, tem dia que eu não aguento nada de tanta dor. Então assim, de uma forma ou de outra ela foi prejudicada e a gente também, né?”*  
(Joana)

Segundo Almeida et al. (2006) não é difícil supor a transformação que se instala na vida das famílias que se vêem obrigadas a enfrentar um trauma de natureza tão agressiva sobre a criança. Os autores referem ainda que as mães declararam alterações significativas sobre as suas vidas, em todos os sentidos. Estas mudanças vão desde o trabalho, que muitas se vêem obrigadas a abandonar, juntamente com os anseios e os sonhos individuais. Outros aspectos também são afetados, entre os quais citam-se o seu papel de esposa, amiga, mulher, deixando de lado a sua sexualidade, seu lazer e sua vida, em função do direcionamento exclusivo de sua atenção e esforço único que é o de cuidar do filho doente.

Para o mesmo autor “ser mãe” nestas situações envolve uma postura de abnegação, uma necessidade de dedicação exclusiva e constante que faz com que fique em segundo plano a preocupação em relação a si mesma e ao sofrimento experimentado por estas em virtude da sua relação com a criança.

*“Quando eu era solteira eu era bem vaidosa, assim com as coisas que mulher gosta, de escovar o cabelo, de fazer a unhas. Antes eu gostava mais assim de sair, hoje em dia não, eu fiquei uma pessoa assim mais, sei lá... Mais fechada. Por mais que eu não deixe transparecer, sei lá, parece que muda uma coisa assim dentro da gente... Eu não tenho mais aquela disposição que eu tinha antes. Hoje eu não gosto de escovar o cabelo, de fazer a unha. Eu tô diferente, parece que eu sou diferente das outras mulheres, e eu não sei porque...eu não sinto bem...( choro) eu não me cuido mais!” (Joana)*

*“Depois que ela queimou que eu ficava preocupada com tudo, eu era mais reservada pra cuidar dos meninos, eu não gostava de sair, e como é que eu ia?” (Cristina)*

*“E eu quero só que Ele me dê forças pra eu tá junto com ela ali na hora que ela precisar... Porque em 2007 eu tive um problema no pulmão, eu tive pneumonia e tuberculose, e aí quase que eu fui... (choro) Não é que eu tinha medo de morrer, não! Eu tinha medo de deixar minha filha sozinha! Eu fiquei muito mal, e eu olhava pra ela assim ... e sofria muito de medo de não ter quem cuidar dela [...] eu não conseguia nem trocar a fralda dela. Era eu e ela esperando o cuidado dos outros, e isso era difícil demais pra mim.”(Rafaela)*

A associação que a mãe faz do seu bem-estar físico e emocional à recuperação da criança é comum, o que nos remete a idéia de que esta visa minimizar os impactos oriundos do trauma sobre a vida da criança em seus diferentes aspectos. Desta maneira, e com o intuito de proteger os filhos e demais familiares, os pais evitam falar sobre os seus problemas.

*“Por mais que o médico fala pra mim que pode ter alguma coisa, eu não passo nada pra ela do que o médico passa pra mim. Pra ela eu não tenho que falar mais nada. Ela já viveu o que ela tinha que preocupar, e eu não falo nada dessas coisas com ela.” (Joana)*

*“As vezes eu tô assim pra baixo, mas eu procuro não passar pra ela assim não, sabe? Porque a coisa mais difícil é ver ela triste, e eu não quero passar essa energia assim pra ela.” (Rafaela)*

*“Então pra mim é igual eu tô te falando: pra mim tudo significa um dia eu ver ela bem [...] Aí eu vou tá pronta pra eu retornar a minha vida, mas enquanto isso( choro, muito choro)[...] Eu acho que a minha vida só vai tomar um novo rumo assim melhor quando eu saber que ela fez tudo o que tinha que fazer, aí eu vou poder retomar a minha vida...” (Joana)*

Um estudo realizado por Silva et al (2010) demonstrou que quando as mães tem os seus filhos hospitalizados estas apresentam sentimentos que influenciam o seu bem-estar. Segundo os autores os sintomas depressivos que podem ser apresentados pelas mães afetam diretamente a qualidade da relação mãe e filho durante a internação. Algumas situações específicas de Silva et al (2010) corroboram com este estudo, quando revelam a o interesse e manifestação da mãe em sentir a dor do filho, ou de preferir que toda aquela situação de sofrimento seja vivenciada por ela, e não pelo seu filho.

Um relato especial deste estudo define com muita propriedade o que é lidar com a própria dor e com a dor do filho, e mesmo sabendo da sua intensidade, garante e auxilia na continuidade do tratamento.

*“Quando a mãe biológica dele largou ele todo o resultado que tinha alcançado foi embora. Ele ficou dois meses sem o tratamento da fisioterapia e aí as mãozinhas dele foi retraindo, foi ficando assim ó ( ela me mostra as mãos em garra). Então, a gente teve que começar tudo de novo. Com o tempo eu vi as mãozinhas dele se retraindo e isso fazia doer demais... Teve que passar por uma cirurgia pra fazer outra liberação, porque a que tinha feito já tinha perdido... Tala, usou mais de ano! Primeiro foi uma pequena, aí depois foi aumentando, aumentando... Ele ficava com as mãozinhas enfaixadas numa tala que só tirava na hora da fisioterapia e na hora do banho. Quando faziam os exercícios com ele lá dentro ele chorava muito... E eu ficava lá fora chorando também! Eu não sei o tamanho da dor dele, mas imagino que fosse muito grande, porque a minha também era...Quando chegava em casa eu tinha que*

*repetir todos os dias a sessão que era feita lá. Aquilo eu não esqueço mais não! Ele chorava, suava frio de tanta dor...Mas eu tinha que fazer! Fátima)*

O tratamento desta criança foi reiniciado após a adoção do mesmo pela tia. A mãe biológica da criança o abandonou quando esta estava nos primeiros dias da hospitalização, que durou cerca de 30 dias. Na alta esta criança foi levada para casa pela avó e sua babá, com quem ficou por dois meses até a adoção. Esse descaso gerou repúdio entre os familiares, e segundo a mãe, até entre os profissionais assistentes, que não conseguiam entender tamanha crueldade com alguém tão indefeso.

*“ Ela falava pra quem quisesse ouvir que ela ia largar ele lá. E ela largou, porque eu acho que ninguém acreditava que ela tinha coragem de fazer isso! Onde já se viu deixar o filho com a vizinha! E ela tinha dito pra moça que ia viajar pra ver um tratamento pra ele. E sumiu... A assistente social do hospital me disse até que ela falou pra ela procurar uma família que quisesse ele, porque ela não queria mais, pois se já dava trabalho sadio, imagina doente e com defeito!” (Fátima)*

Uma outra situação que foge aquelas normalmente encontradas, que são de apoio e empenho incondicional no tratamento, foi a de um pai, cujo comportamento agressivo e violento acentuou o medo e a insegurança na criança, o que não contribuiu com a sua evolução no tratamento. A mãe por sua vez, sempre empenhada na recuperação do filho, adotou mudanças na sua vida pessoal em benefício das crianças.

*“Eu vou te contar uma coisa: minha filha ficou tão abalada e perturbada emocionalmente por causa das coisas do pai dela que até os pontos nas feridas dela não estavam cicatrizando direito! Chegaram a me explicar no hospital que isso pode ser emocionalmente... A gente vinha três vezes na semana aqui no hospital pra fazer o curativo e não sarava sabe pra poder tirar os pontos? E foi o mesmo expansor que ela tinha usado antes... E agora não tava... E ela não falava nada, mas a gente sentia... Ela comentava assim: mamãe, meu pai não podia ter feito isso, né? Ele não vê que não tá me ajudando não, mãe? Aí... Tem que*

*ver o que seu pai pensa, né? Deixar pra lá... Sabe assim, ele não respeita o sentimento dos meninos, ele não respeita as pessoas sabe? Ele não teve dó nem dela, que tava doente...” (Tereza)*

Outro impacto negativo do trauma sobre o casal é caracterizado pelo relacionamento afetivo que piora significativamente após o acidente. Em uma situação específica o trauma aconteceu quando o relacionamento já estava insustentável.

*“Na verdade é assim: a gente já não tava vivendo bem, então tudo que acontecia era motivo pra briga, e pra voltar no acidente [...] Nessa época ele já me traía muito sabe? E eu queria separar por tudo, por tudo, e ele era daquelas pessoas assim que parecia um carrapato sabe? Ele não aceitava separar, mas também não parava de me trair. Não melhorava nada... Acho mesmo que ele queria me fazer sofrer porque achava que eu era culpada [...] Tereza*

Essa situação culminou com o divórcio do casal após brigas incessantes e ameaças verbais e físicas proferidas pelo marido à sua esposa e filhos.

*As coisas foram ficando de um jeito que tava insuportável de aguentar, ele tava perdendo a noção, sabe? [...] A gente ainda ficou um ano assim nessa briga. Ele nunca chegou a me dar um tapa, sabe? Mas acabava comigo com as palavras...Eu decidi mesmo separar depois de uma briga que ele me ameaçou de me matar e matar os meus filhos[...]Depois de um tempo a minha filha chegou e disse pra mim: Mamãe, eu vou fazer tudo o que o meu pai pedir pra ele não me bater e nem brigar com a senhora...” (Tereza)*

O afastamento dos pais em virtude do divórcio gerou o descompromisso paterno com suas obrigações familiares tornando a vida da mãe ainda mais sobrecarregada para o cumprimento de suas necessidades pessoais e de seus filhos. Estas necessidades não se restringiam apenas aos custos financeiros do tratamento, que envolvem as consultas médicas, o uso de roupas e medicamentos especiais, bem como as despesas que normalmente uma criança dá, além do deslocamento intermunicipal, que acontece na grande

maioria de transporte público, pois as famílias são desprovidas de veículo próprio. A mãe se sentiu fragilizada também emocionalmente.

*“Então é uma coisa assim, eu tenho que ser forte porque o pai descredita no que eu explico pra ele, e ser forte pra ajudar o meu filho. E o relacionamento dele com o pai é de extrema distância. O pai mora na mesma cidade mais num procura os filhos. Ele paga a pensão, faz o depósito no banco, e não procura ninguém não! [...] E assim, na época que ele tava internado eu vinha visitar ele no horário do hospital, e chegava na minha cidade já tarde. Eu tinha que ir buscar os meninos na casa da minha mãe sozinha a noite...então foi um período muito difícil. (suspiro...)” (Rosa)*

*“Depois da separação ele se afastou completamente! Parece que os filhos nem são dele. E eu nem vou atrás de nada na justiça porque eu tenho medo dele ameaçar a gente de novo... Agora eu não tenho apoio dele e nem de ninguém da família dele! É só eu e os meus filhos mesmo!” (Tereza)*

Segundo Carvalho, Rossi e Ciofi-Silva (2008) alterações do comportamento e intensificação de conflitos pré-existentes são comuns quando traumas dessa natureza agridem o ser humano. A intensificação de conflitos já existentes, indecisão e culpa são reações comuns que refletem o estresse dos membros da família. Tais reações podem afetar significativamente o ajustamento ao hospital e o processo de reabilitação inerente ao tratamento. Nesta situação cabe aos profissionais manter-se atentos a estas alterações e desentendimentos e intervir em momento hábil, de modo que a família seja ajudada na resolução dos conflitos emocionais que ela trouxe para o hospital, antes de se envolver no processo de tratamento.

Neste estudo, em boa parte das situações o desajuste conjugal foi superado, pois estava intimamente relacionado ao acontecimento traumático recente e as emoções afloradas, o que tornava difícil o raciocínio lógico da participação não proposital dos pais no acidente. Reestabelecidos após o trauma, ou pelo menos com a sensação de segurança do filho, os pais

procuram rever as atitudes tomadas durante a fase crítica do socorro, e tentam corrigir os erros cometidos.

*“Olha, na hora eu até culpei a minha mulher, só que eu errei, e depois eu falei pra ela que eu errei! Mas na hora da raiva...[...] Mas aí eu tava nervoso, e na hora que a gente chegou aqui no hospital, que eu vi ela sentada lá fora esperando eu chegar que fui ver o tamanho da injustiça que eu tava cometendo! Porque ela é uma mãe competente, ela num tira o olho dos filho não... E ela olha certinho, ela cuida bem. Então eu pedi pra ela me perdoar, porque eu tava nervoso e eu não tava falando coisa certa não... eu nem sei o que deu ni mim naquela hora...” (Carlos)*

Além da culpa que pai e mãe se imputam isoladamente, ainda existe o confronto travado entre eles mesmos, em que na tentativa de explicar, justificar, ou buscar um responsável, um delega ao outro a responsabilidade pelo ocorrido. Borges e Carvalho (2004) asseguram que a culpa pelo acidente pode provocar atritos intensos, e se trata de um sentimento que compete diretamente com a noção de responsabilidade, e uma exclui a outra. Segundo os mesmos autores caso um pai esqueça um copo com água quente próximo ao seu filho e a queimadura aconteça esse pai ficará triste, preocupado, e se sentirá culpado. Então fará o possível para auxiliar no tratamento e recuperação do seu filho. Um pai culpado não consegue se sintonizar com o seu filho, tampouco com a equipe assistente, o que interfere sobre as práticas do cuidado dispensadas ao queimado. O pai culpado fica centrado somente na sua culpa, ou tenta livrar-se dela atribuindo culpa à mãe. Há situações em que culpa ainda a equipe por não ter havido cura da queimadura sem ter deixado marcas, mesmo que o ferimento tenha sido grave e profundo.

*“Ah...quando eu cheguei lá que eu vi ela daquele jeito eu culpei ele, eu culpei, culpei, e culpei ele! Aquilo era a única coisa que eu sabia e podia fazer... era culpar ele!” (Tereza)*

*“ Ele me culpa até hoje... nem com o tempo ele parou de me culpar” (Rosa)*

*“ Na hora da raiva eu culpei a minha mulher sim... eu falei pra ela: ó, você podia ter largado a casa suja, a roupa suja, prato pra lavar, mas você tinha que cuidar dele” ( Carlos)*

Em depoimentos menos frequentes, mas não menos emocionados, os pais foram apontados como culpados por terceiros, pessoas de fora do âmbito familiar. Não bastasse o sofrimento inerente ao trauma, e a culpa que por si só carregam, os pais ainda são expostos ao julgamento precoce e punitivo de pessoas que sequer tiveram conhecimento da verdadeira história do acidente.

*“Só uma pessoa assim que um dia falou: nossa porque que você não cuidou, você que é mãe, você poderia ter evitado... Parecendo até que eu queria que acontecesse, sabe...isso foi ruim também.” (Cristina)*

*“E assim, uma vez eu tava com ela eu não lembro onde, parece que foi num hospital aqui mesmo... tava eu, ela e a minha vizinha, ela tinha uns cinco ou seis anos, e a minha vizinha tava com ela assim distante de mim, e chegou uma senhora e um senhor assim perto e eu ouvi eles dizendo: tá vendo aquela menina ali? Isso é culpa dos pais, de pais que não tão nem aí pros filhos... Aí aquilo ali doeu muito em mim, porque eles tavam falando uma coisa que eles não sabiam, porque não foi a gente quem quis. Assim o motivo, do que que tinha acontecido, eles falaram sem saber de nada, ne?” (Rafaela)*

Ainda que o trajeto percorrido revele a dor e o sofrimento dos pais existem aspectos importantes que merecem ser destacados neste percurso. Além da dor e do sofrimento desencadeados pelo trauma não se pode desconsiderar algumas condições emergentes que são benéficas para a família. Em algumas situações foram desenvolvidos habilidades e mecanismos para enfrentar a situação advinda do trauma. Entre estas podemos citar uma maior aproximação entre os pais, e destes com os demais filhos, a paciência, a coragem e a força interior para superar as incertezas e dificuldades de um futuro incerto.

Segundo Bicho e Pires (2002) pais utilizam de duas estratégias diferentes para tentar minimizar este sofrimento. Uma delas seria fornecer o

apoio emocional contínuo e incondicional à criança. A outra, o cuidado em manter uma proteção familiar contínua. Os pais tentam proteger a criança de maiores sofrimentos, visto que elas já passaram por este e que não pode ser evitado. Eles desejam transmitir aos filhos a sensação de proteção e segurança, para assim amenizarem a ansiedade e intranquilidade que a criança vivencia. A angústia de ver o sofrimento do filho e a preocupação de diminuir o seu sofrimento leva os pais ao excesso de proteção e presença constante, na tentativa de tentar evitar que outras vivências negativas venham a acontecer.

Para Menezes (2007) quando a família passa por uma doença grave ou incapacitante, como é o caso da queimadura , ela vivencia duas fases de adaptação, que são: organizar-se para responder ao stress causado pela situação da doença e internamento, e num segundo momento, precisa se reorganizar novamente quando a criança retorna ao lar e à sua função na família.

Segundo Romano (1997) apesar de a doença ser vivenciada como um momento de crise, ela também pode permitir momentos de reestruturação e de formação ou de fortalecimento de vínculos. Isto é possível pelo fato de se repensar valores e formas de se relacionar uns com os outros, o que permite momentos de afeto e cuidado entre os membros de uma família. Sendo assim, os conflitos podem ser resolvidos ou minimizados através da união e ajuda mútua.

A aproximação familiar foi percebida nitidamente em virtude do trauma ou qualquer evento que incidiu agressivamente sobre a família. O sentimento anteriormente não demonstrado toma frente para a defesa e para o cuidado de quem está fragilizado. As atividades domésticas foram redistribuídas como tentativa de se evitar uma sobrecarga e também como reconhecimento do esforço que tem sido realizado. O apoio emocional e a cumplicidade entre o casal passaram a ser cultivados, e o entendimento que o casal passa a ter um do outro trouxe resultados extremamente positivos sobre o relacionamento conjugal. O estudo realizado por Carvalho (2006) revela que os familiares, após vivenciarem o acidente passaram a perceber a necessidade de se atentarem

ao desenvolvimento dos seus filhos, como também descrevem este momento como uma busca conjunta dos familiares para lidar com a responsabilidade de educar os filhos, de prevenção de outros acidentes, manutenção das atividades domésticas e dos recursos financeiros..

*“Eu acho que quando acontece alguma coisa assim a família fica mais próxima uns dos outros, mais companheiros, sabe. Eu lembro que naquele tempo que eu ia todos os dias levar meu filho na fisioterapia, que era num lugar muito longe, eu saía bem cedinho de casa. Aí quando eu chegava, eu achava o almoço já pronto, tava quentinho. O meu filho mais velho fazia. Eu acho que conscientiza mais os membros da família de que precisa ajudar, de que o outro precisa da ajuda dele, acho que a gente ensina mais assim a amar as outras pessoas! [...] E eu acho que a nossa vida hoje é muito melhor do que antes. Tudo é muito melhor! O companheirismo é melhor, a união é melhor, a compreensão é melhor... Se meu marido chegasse e achasse a casa bagunçada, sem janta pronta, ou se eu tivesse lavando uma roupa de noite, ele ia chegar e perguntar: mas o que foi que você fez durante o dia? Depois dele não! Meu marido chegava e ia me ajudar também, porque ele sabia que eu tinha ficado o tempo todo cuidando do nosso filho, ocupada com outras coisas. A convivência melhorou muito.” (Fátima)*

*“E até o casamento, que era uma bagunça, já miora também. E a vida nossa é até boa, sem briga, sem bagunça, nós veve mais na paz. A vida miorou muito. As vezes qualquer probleminha a gente ficava descabriciado, se tinha qualquer coisinha falava que já era pra cuidar um da sua vida, e não é assim não, se casou, bonitinho, tem que um tá do lado do outro pra cuidar, agente tem que pensar na família.” ( Carlos)*

*“A gente vivia bem antes, mas agora vive melhor ainda... Ela é uma menina boa demais, com os irmãos dela, com todo mundo. E todo mundo ajuda demais um e o outro lá em casa. Lá ninguém é sozinho não!” (Cristina)*

*“Antes eu e o pai dela brigava muito! Ele não deixava faltar nada em casa, mas quando era final de semana não ficava com a gente. Ele*

*queria sair pra jogar sinuca, beber, ia pras festas...depois do acidente a gente ficou mais próximo. A gente passou a conversar mais... Ele falava sobre o que ele sentia quando via ela daquele jeito, a gente conversava mais era sobre o sofrimento dela e o nosso também. Isso melhorou muito nossa vida, porque eu e ele prestamos mais atenção um no outro. Parece que antes a gente não se via direito. A gente ficou mais família mesmo!” (Rafaela)*

O outro aspecto positivo, e não menos importante, é a adoção de medidas preventivas contra novos acidentes. Os pais realizaram modificações estruturais no ambiente, redobram a atenção que antes já era dada aos movimentos da criança, passaram a observar melhor e cuidar com o acondicionamento de produtos que podem provocar fogo, revisaram instalações elétricas, e principalmente, adotaram o diálogo como estratégia fundamental de prevenção, associada às demais medidas citadas anteriormente.

Um estudo realizado por Bicho e Pires (2002) apontou uma preocupação constante de todas as mães para minimizar o sofrimento emocional da criança durante todo o período de internação em consequência da queimadura. Corroborando com o presente estudo as autoras afirmam que as mães, ao preverem ou perceberem o súbito confronto da criança com sensações e experiências dolorosas investem esforços sobre-humanos na tentativa de amenizar as queimaduras e o processo de tratamento das mesmas.

Os discursos dos participantes não surpreendem ao revelar o medo da reinternação em caso de complicações ou de futuros acidentes, visto que presenciar o sofrimento de seu filho lhe causou um grande impacto emocional. Percebe-se então a importância de um trabalho da equipe multidisciplinar onde se insere a enfermagem, acerca dos cuidados, da reabilitação e as medidas de prevenção de acidentes no ambiente doméstico.

Segundo a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidente e Violência (2000) no Brasil os acidentes se configuram como um problema de saúde pública de grande extensão e importância. Os acidentes na infância, que acontecem na sua grande maioria no ambiente doméstico, são passíveis de

prevenção quando se tem a família para intermediar este processo. Isto é possível através de orientações à família, mudanças no comportamento familiar, alterações físicas do espaço domiciliar e elaboração/cumprimento de leis já existentes.

Martins e Andrade (2007) afirmam que, uma vez que a maioria dos acidentes acontecem pela facilidade de acesso a ambientes como a cozinha, uma maneira de preveni-los seria modificar este ambiente. Além disto, não deixar crianças próximas de fornos aquecidos, deixarem os cabos das panelas para dentro do fogão, não colocar alimentos quentes em mesa com toalhas, manter aparelhos elétricos como ferro de passar roupa em lugares altos, restringir o acesso da criança à cozinha. Tais medidas são consideradas eficazes e poderiam evitar sofrimento às crianças vítimas de queimaduras.

*“Eu só deixei as tomadas que é necessário na casa, as outras eu pedi pra tampar, e ficou só quatro tomadas dentro de casa, uma pra cada coisa que eu uso. E essas também ficaram mais no alto. E assim, eu converso muito com eles.”(Rosa)*

*“Hoje eu conhecendo o que uma queimadura faz, eu tenho muito mais cuidado. Então eu continuo no mesmo ritmo em casa, eu já tomava cuidado agora eu tomo mais. Eu converso, eu explico...” (Joana)*

*“Depois que aconteceu isso com ela nada fica na tomada! Quando eu deito pra dormir só fica a geladeira ligada, tomo cuidado com o gás, e tudo mais em casa. Agora é 24 horas de olho em cima deles! O tempo todo é só pra eles!” (Rafaela)*

Os programas de prevenção de acidentes ainda são escassos no Brasil, e a educação para a prevenção, que poderia reduzir o risco de acidentes na infância requer mobilização de diversos segmentos da população. Nos estudos de Rossi et al (2003), Vendrúsculo et al., (2010) os participantes deixaram claro que a maioria dos acidentes poderiam ter sido prevenidos caso os adultos tivessem dispensado mais atenção à pessoa que precisava do cuidado. Em outras situações nos mesmos estudos eles detectaram que um grande número de pessoas não perceberam situações de risco no ambiente domiciliar, e

portanto, não empenhavam-se em descartá-las. Situações como esta deixa claro que é necessário considerar a adoção de medidas que alertem as pessoas para os riscos da queimadura a que estamos sujeitos, seja ao realizarmos atividades do cotidiano, no ambiente doméstico ou no trabalho, ou outras atividades de maior complexidade.

O ensino nas escolas ou na comunidade em geral também seria um meio importante. Programas preventivos nas escolas refletem a preocupação dos familiares em tornar os filhos mais atentos e responsáveis pela prevenção, visto que a escola é vista como um ambiente provocador de mudanças, e seria um importante aliado neste processo. Estas ações seriam direcionadas tanto as precauções contra acidentes, como também aos primeiros socorros para a queimadura no lar (CARVALHO, 2009; ROSSI et al 2003)

Segundo Martins e Andrade (2007) as estratégias de prevenções devem abranger os diferentes agentes etiológicos. Queimaduras por choque elétrico no ambiente doméstico as tomadas devem que estar protegidas, os aparelhos elétricos mantidos longe do alcance de menores, as extensões fora do alcance das crianças, bem como retirar as que facilitam o acidente. O necessário e interessante é que sejam instituídas medidas educativas que se estendam não somente aos familiares, como também às crianças. A veiculação de programas educativos para a prevenção de acidentes através da televisão ou de outros meios de divulgação, como panfletos, folders, brochuras poderiam ser empregadas com sucesso (SILVA, 1999; CARVALHO, 2009; ROSSI et al 2003).

Ao contrário dos descritos anteriormente, um estudo realizado por Oliveira Ferreira e Carmona (2009), evidenciou déficits de comportamento preventivo dos pais em relação ao acidente da criança, pois ao serem questionados sobre as medidas que deveriam ser adotadas para prevenir outros acidentes da mesma natureza, os pais apenas se reportavam a repetição do episódio que ocorreu e à aversão sentida pela hospitalização.

Em virtude da gravidade do acontecimento com um dos filhos em duas situações neste estudo ficou evidenciado que os pais não perceberam que os

demais também foram agredidos pelo trauma, ainda que discretamente. Esse descuido os fez sentir ainda mais culpados em relação ao ocorrido.

*“O outro pequeno também, ele também queimou, mas a gente não viu. Ele queimou assim atrás da nuca, mas foi pouquinho. No outro dia que a gente tinha levado ela pro hospital foi que a gente viu umas bolhas assim nele. A gente ainda ficou sentido né, porque nem tinha visto. E... tadinho, ele também sentiu dor e não falou nada pra gente...”*  
(Rafaela)

### **Categoria 3 - Implicações da queimadura sobre a vida da criança**

O trauma da queimadura promove implicações significativas não somente sobre a família, mas também, de forma mais agressiva tanto física quanto emocionalmente, sobre a criança. Essa agressividade gera a dor, traz alteração da aparência, perda da antiga identidade por deformidades, rompe com a rotina da criança quando a coloca diante da hospitalização e tira a sua sintonia com o mundo. Em situações mais extremas provoca a morte.

As complicações da queimadura na criança nem sempre são facilmente previstas, o que torna a observação diária das lesões um aspecto fundamental no tratamento. Considerando-se que a espessura do tecido celular é maior nos adultos, uma queimadura afeta consideravelmente mais as crianças quando comparado com os adultos, pelo fato de estas terem maior superfície corporal, circulação periférica débil, equilíbrio hidroeletrólítico instável, espessura da pele mais fina, imaturidade renal, sistema termorregulador pouco desenvolvido e baixas reservas de glicogênio hepático (GOMES e SERRA, 1999)

Para o mesmo autor, embora a queimadura seja localizada ela pode ter repercussão sistêmica por causa da perda da barreira protetora que a pele representa, e da destruição dos capilares sanguíneos que a irrigam. O principal objetivo do tratamento da injúria térmica é a restauração dos tecidos lesados, o que infelizmente não ocorre com a rapidez desejada e nesse meio passa por diversos transtornos que necessitam de igual atenção e empenho para que o sucesso terapêutico seja alcançado (GOMES, SERRA, 1999)

A fase inicial do tratamento da criança queimada é um momento que requer muita perspicácia da família e da equipe que a assiste, pois as necessidades emocionais da criança podem passar despercebidas. Neste momento elas se encontram assustadas, temerosas, e nada a vontade com a situação instalada. O tratamento a ser realizado numa pessoa queimada compreende três fases, que são: a de reanimação, refere-se as primeiras 48 a 72 horas, e tem por objetivo a estabilização das conseqüentes alterações sistêmicas, lesões concomitantes e as áreas que sofreram queimaduras. A fase aguda que começa no final da fase de reanimação e se estende até a cicatrização, com o doente hemodinamicamente mais estável, procede-se ao cuidado da queimadura propriamente dito, e a fase de reabilitação, que tem por objetivo principal integrar a vítima à sociedade, e que é definida por alguns autores como a fase de recuperação e cicatrização tanto física quanto emocional( SMELTZER & BARE, 2010; MORTON, 2007)

O sentimento de pesar pela queimadura também é constante na vida da criança. Nestas situações ela lamenta ter sido queimada e como não se recorda do evento pelo fato de ainda ser muito pequeno quando aconteceu, questiona a família sobre as condições em que a queimadura aconteceu. Um estudo realizado por Rossi ( 2001) afirma que o impacto e falta de controle advinda do trauma faz com que a criança se torne vulnerável e leva a uma não aceitação da sua condição, com desejo de mudá-la.

*“Mamãe, porque aconteceu isso só comigo? Eu não queria ser queimado...eu sou diferente de todo mundo...( a mãe chora)[...] Ele foi crescendo e começou a me acuar, sabe? Perguntando pra mim porque que eu deixei ele queimar, porque que eu não cuidava dele e deixei ele com os outros..[...] Ele ficava deduzindo as coisas e dizia assim: você deixou eu com quem? essa pessoa deixou eu me queimar porque ela não gostava de mim? Nessa época ele ainda não sabia da adoção, aí foi o jeito eu contar...” (Fátima)*

Além do seu sofrimento, segundo os depoimentos de alguns pais , suas crianças carregam consigo sentimentos de culpa pelos problemas financeiros e de saúde gerados na família.

*“Ela já é grandinha e vê que a gente passa umas dificuldades, mas não é só por causa do tratamento dela não! [...] Aí ela diz assim: eu sei mamãe, que isso é por causa de mim, eu sei...” (Tereza)*

*“Uma vez ela me disse assim: mamãe será que a senhora tem esse problema, essa fibromialgia por causa de mim? Eu sempre digo que uma coisa não tem nada a ver com a outra, que eu tenho é problema de coluna desde que eu era criança...” (Joana)*

Os participantes do estudo revelaram que o sentimento expresso pelos seus filhos era de dor física intensa, medo e desespero diante do agravo. Este sentimento também foi experimentado no decorrer de todo o tratamento, em virtude do uso de expansores de pele, da fisioterapia, ou mesmo pelas retrações teciduais provocadas pelas lesões.

*“Na hora do acidente foi aquela loucura, um corre-corre, um desespero dela e nosso também. Ela gritava, chorava, pedia socorro... e ela fez isso tão forte que parece que logo ela perdeu as forças e foi diminuindo mais os gritos... Mas aquilo foi horrível demais! O tratamento da minha vem bem de longe, já...ela já fez três cirurgias. Numa delas colocaram o expansor, e ela dizia que esse trem doía demais nela. Doía igual quando a queimadura aconteceu...”(Joana)*

*“Ela foi sedada no hospital de lá da nossa cidade antes de vir pra cá. Como tinha muita queimadura nas pernas ela tinha gritado muito [...] Como a queimadura foi perto do joelho assim na medida que ela foi crescendo ela ia sentindo mais dor...(Tereza)*

*“Ela era só um bebezinho...ela chorou tanto que adormeceu! Chorou tanto que dormiu, foi muita dor que ela sentia...”(Zélia)*

*“Ele tava meio acordado e meio dormindo...e na hora que acordava a gente via a dor que ele sentia! Ele gritava demais, chorava demais...falar não falava nada não, até porque acho que nem dava conta de pensar direito...” (Carlos)*

Segundo Werneck et al (2006) algumas consequências das queimaduras envolvem um impacto social muito alarmante, o afastamento da criança das atividades escolares e consequentes problemas de aprendizagem e adaptativos, uma dificuldade familiar de retorno à sua dinâmica habitual – novo padrão socioeconômico e sofrimento psíquico, além de, individualmente, o paciente ter que superar o medo da morte, a ameaça da desfiguração, o desconforto físico, a separação de familiares e amigos, receio do estigma e rejeição, os efeitos da lesão sobre os seus projetos futuros e o conflito pela dependência na realização das atividades cotidianas.

Como já foi relatado anteriormente a queimadura deixa sequelas físicas graves, e os sobreviventes de queimaduras graves atravessam um longo processo de reabilitação física com dor, pruridos, cicatrizes, repetidas cirurgias e, em alguns casos, sequelas permanentes. Paiva (1977) afirma que os danos decorrentes do trauma variam de pequenas lesões cutâneas até distúrbios fisiológicos e psicológicos, este último causado no momento do trauma.

Pessoas que sofrem acidentes com queimaduras ficam com seu senso de invulnerabilidade abalado e desenvolvem problemas psicológicos. A queimadura é um ferimento que implica uma contínua exposição ao estresse, começando pelo evento traumático, continuando com a hospitalização – que envolve dor severa e ansiedade – e incluindo as dificuldades psicológicas que surgem após a alta, no retorno à vida normal. Nesse caso, fica clara a necessidade de acompanhamento psicológico por equipe especializada para a prevenção e o tratamento dos transtornos psiquiátricos. Algumas pesquisas demonstram que a maioria das reações adversas que ocorrem durante a hospitalização desaparece gradualmente. A maioria dos sintomas, incluindo o TEPT, desaparece no período próximo à alta, e o restante durante o primeiro ano após o acidente (MEDEIROS et al 2012).

Neste estudo, em um dos casos, além do sentimento de inferioridade, exclusão e timidez, a saúde mental da criança foi afetada, e além do acompanhamento psicológico e psiquiátrico se fez necessário o uso da terapia medicamentosa.

*“A minha filha ainda vai fazer 17 anos, e desde o acidente que ela começou a ter um comportamento assim diferente. Ela tá fazendo*

*tratamento pra depressão por causa da queimadura e toma umas três qualidades de medicamento controlado [...] quando ela deu depressão da primeira vez ela tinha onze anos. Ela bebia muita água, e logo que bebia cuspiam tudo, não parava nada, era o dia todo assim, era demais! Era muito ansiosa... Aí encaminharam ela pro psiquiatra, e ela teve uma melhora. Depois de dois anos ela piorou de novo...aí mudou uns remédios e aumentou as doses de outros. Nessa época ela ficava numa tristeza profunda...triste, muito triste... chorava muito, perdeu peso.”*  
(Joana)

*“Hoje ela é muito agressiva com os outros. Ninguém pode encostar nela pra falar nada que ela fica zangada... se perguntar coisa da queimadura então! Ela bota pra correr... eu to levando ela no psicólogo, parece até que tá melhor, mas do jeito que era ainda não!”*  
(Josefa)

Ser vítima de um acidente com queimaduras é um evento traumático grave que pode desencadear transtornos psiquiátricos. Os problemas psicológicos mais frequentemente encontrados em pacientes vítimas de queimaduras são: a depressão e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (WILLEBRAND ET AL., 2002).

O transtorno de estresse pós-traumático consiste de revivência do trauma através de sonhos e de pensamentos durante a vigília, evitação persistente de coisas que lembrem do trauma e embotamento da resposta a esses indicadores e hiperexcitação persistente. Sintomas associados comuns do transtorno de estresse pós-traumático são depressão, ansiedade e dificuldades cognitivas (LAPORTE, LEONARDI, 2010).

Paiva (1977) afirma também que a lesão da queimadura, além de levar o indivíduo a vivenciar a dor psíquica e mental, faz com que este tenha a sua auto-imagem comprometida de maneira brusca e dessa maneira não conseguir evitar o desajuste emocional. Esta situação se torna mais delicada quando a queimadura atinge regiões que comprometem a estética, a função mecânica, ou ambas.

Partindo do conceito que a imagem do corpo é uma imagem conceitual e envolve atitudes que o sujeito tem do seu corpo, que refere também à noção de feminilidade ou masculinidade, as doenças que a afetam podem desencadear sentimentos negativos do indivíduo que a experiência, o que leva a efeitos desastrosos sobre a sua auto-estima, e desencadeia sentimentos de inferioridade, complexos e insegurança (SILVA e SILVA, 2002)

Para as autoras acima mencionadas caso a queimadura provoque o comprometimento estético a sua repercussão tende a ser mais negativa ainda, pois o que era aparentemente perfeito se torna imperfeito aos olhos de uma sociedade que muito valoriza o sujeito e sua aparência externa.

Branden (1995) afirma que o crescimento e valorização da auto-estima garante ao sujeito estampar o prazer no rosto, no mover e no falar; capacidade de receber e oferecer elogios; maior abertura às críticas e espontaneidade, harmonia e flexibilidade, maior domínio dos sentimentos de insegurança e ansiedade. Mesmo a nível físico as mudanças são perceptíveis: olhos mais vivo e brilhantes, ombros e maxilar mais relaxados, caminhar determinado, entre outros. Sendo assim, a capacidade de adaptação ao mundo real do qual foi agressivamente afastada se torna mais branda, mais interessante e menos difícil, além de deixar o indivíduo perceber o quanto é bom andar com seus próprios pés. Se o indivíduo tem condições de desenvolver sua auto-estima certamente a percepção da auto-imagem será positiva (SILVA e SILVA, 2002).

Para Jesus, Brandao e Teixeira (2012) apesar de receberem apoio de alguns membros da família o estigma é algo que faz parte da vida dessas crianças, seja na rua, no convívio social, na escola, no convívio com amigos ou até mesmo, com familiares. Na sociedade em que os padrões estéticos são tão exigentes o que prevalece é o belo, o que é feio torna-se facilmente rejeitável.

*“Sim meu filho, você é diferente do mundo sim! Você é melhor e mais bonito do que muita gente que tem nele! Eu digo sempre isso pra ele, mas nem sempre eu consigo fazer com que ele não fique triste...(relato emocionado...)”(Fátima)*

Carregar em si alterações que são visíveis aos olhos alheios pode ainda colocar a criança em situação de exposição a comentários maldosos, críticas e maus-tratos de maneira geral. Os termos atribuídos pejorativamente à criança as fizeram sentir inferior aos demais. Elas se referiram frágeis e susceptíveis a frustração e ao descontentamento consigo mesmo diante dos outros que consideram “normais”.

*“As crianças da sala dela faziam ela trocar as caixas de lápis de cor nova pelas velhas. Eles falava: vamos trocar as caixas de lápis se não nós vamos falar como que é a sua perna! Muitas vezes ela tinha que ficar com o lápis mais ruim, com a caixa do jeito que as meninas queria. E ela sofreu muito com essas chantagem. Hoje ela fala, só depois de muito tempo é que ela veio contar e eu acho que ela tem esse problema de depressão igual ela tem porque ela não se abriu com ninguém de nós. O pai dela as vezes reclamava do que tava acontecendo que ela não era mais cuidados com as coisas dela e nem assim ela contava. Ela tinha era medo das meninas contarem pros outros[...] E ainda assim: os meninos chamavam ela de perna frita, perna assada, perna de pau. E ela sofreu muito , muito , muito, muito mesmo por causa das críticas e dos apelidos que eles colocava nela. Teve uma vez, quando ela tava com 14 anos, ela conheceu um rapaz amigo dela da turminha, e ela ficou toda empolgadinha com ele. Mas um dia ela ouviu ele falando quando ela vinha do banheiro, que jamais namoraria com ela. Ela é até bonita, mas jamais eu tenho coragem de namorar com uma menina com a perna frita desse jeito...”(Joana)*

*“Ele ficou uma criança assim muito vergonhosa dos outros depois da queimadura. Não é de ter mais amizades, ficou bem mais reservado mesmo...e sobre a queimadura é que ele não fala mesmo, nem pensar!”(Rosa)*

Na tentativa de minimizar a dor, o desconforto e o constrangimento provocados pelos comentários alheios os pais tentam conversar, apoiar o seu filho, proteger e até evitar o contato com curiosos, mas nem sempre obtém êxito nesta empreitada. Os depoimentos nos levam a perceber a dimensão do

medo, insegurança e sofrimento sentidas pela criança, e que estão relacionadas às reações bruscas dos outros diante da visualização das sequelas deixadas pela queimadura.

*“Ela ia com a máscara pra escola, sabe, aí os outros fica chamando ela de homem aranha, de cara fechada, bolacha queimadinha, mascarada, aí ela chegava brava, não queria mais ir pra escola. Aí eu ia conversar com ela pra tentar acalmar mas quase nunca adiantava...(Josefa)*

*“As vezes a gente pode até tá errado, mas a gente não gosta muito de mostrar não, não deixa as pessoa olhar. Uma vez, eu ainda até tava morando na cidade, chegou uma vizinha lá que era muito curiosa, e nós evitava deixa ela olhar. Aí nós virou um pouco pra pegar um negócio na cozinha, aí ela meteu a mão e olhou e falou “vixi que feio!” Aí nós falou pra ela que não era assim. Mais ele olhou e eu vi que ele ficou sentido, muito triste e sem graça... ( o pai chora)(Carlos)*

*Logo que ela começou a andar no ônibus as pessoas começava a olhar, e as crianças também tinham medo dela. E eles falavam que ela era um monstrinho. Tinha gente que chamava ela de monstrinho! E aí né? Dói bastante... E também quando ela começou a ir pra escola os meninos não gostavam de ficar perto dela não... (Rafaela)*

Existe uma relação muito próxima entre a alteração da imagem da criança e o medo. Este último é causado pela exposição da imagem que fora alterada, pelo julgamento que é emitido pelas pessoas e pelos olhares curiosos e preconceituosos (JESUS, BRANDÃO, TEIXEIRA, 2012). A alteração que sofreu da sua imagem, associada aos comentários maldosos, geram uma barreira no comportamento da criança e a torna inibida diante das pessoas de um modo geral. Sem contar que na presença de pessoas desconhecidas e até mesmo de familiares ela tenta esconder ou disfarçar as marcas deixadas pela queimadura.

O isolamento externado nas falas das mães nos faz perceber a preocupação que seus filhos têm com o que os outros irão pensar, do medo

que têm de ser reprimidos, e principalmente de serem discriminados. Desta forma é comum que se mantenham reservados e se limitem às suas casas, o que gera o isolamento e traz mais sofrimento ainda. O isolamento, além de social, também é aplicado ao corpo. A criança se priva de determinadas situações e vestes para reduzir as situações de constrangimento pelas quais passa. Isso é feito em função dos comentários alheios e da tentativa de esconder ou encobrir aquilo que é visto como feio aos olhos dos outros.

*“Ela usava umas calças pantalonas assim pra ninguém ver. Mas tinha gente que já sabia, e mesmo assim falava. Teve uma vez que ela disse que queria se mudar de lá de casa...”(Joana)*

*“Ela usa o cabelo só de ladinho assim, sabe? Que ela joga a franja pra esconder a marca do rosto dela. faz maquiagem no rosto que tampa bem as marcas. E assim, ela tem a queimadura bem exposta, se usar qualquer roupa aparece mesmo. Aí ela só usa blusinha com manga, e coloca um bolerinho por cima ainda pra tampar. Nem em casa só com a gente ela fica mais a vontade.”(Cristina)*

Ser diferente do que era antes, tanto física quanto emocionalmente, além da necessidade do uso de fármacos associado a outras complicações da queimadura, e ao próprio comportamento inconstante da criança provoca outras desordens na sua vida no que se refere as atividades escolares. Algumas situações neste estudo evidenciaram que a participação da criança precisou ser suspensa até que se tivesse condições adequadas para o convívio com os demais.

*“Teve uma época que por conta dos remédios que ela tomava ela não dava conta de ir pra escola não... ela dormia demais, tinha muito sono...”(Joana)*

*“Ele ficou quase uma ano sem estudar, ele não podia frequentar a escola do jeito que ele tava...”(Carlos)*

Importante ficar claro que este afastamento nem sempre decorre somente das alterações do comportamento, mas também, em consequência das sequelas físicas que limitam a criança temporariamente.

*“Ela dizia pra nós e lá na terapia também que ela tinha vontade de ir pra escola! Só que antes ela não podia, porque ela era muito dependente da gente, e ficou também muito tempo internada, ela tinha muita complicação... Depois que teve uma melhora, mas depois de muitos anos só agora que ela vai, mas também tem um bocado de exigências pra ela ficar lá...”(Rafaela)*

A realidade brasileira ainda está distante daquela que seria considerada ideal para a educação inclusiva de crianças com necessidades especiais, como é afirmado por Justi et al (2003). A implantação do processo ensino-aprendizagem no que tange ao segmento escolar da criança hospitalizada ainda se encontra em fase de construção no Brasil. Desta forma, existe uma notória preocupação entre alguns educadores sobre como melhor aproximar e incluir o conteúdo escolar de forma estimulante, criativa e motivadora, àquela criança que passa por um estado de sofrimento físico, social e mental, e que não pode de forma alguma correr o risco de ser exposta a nenhum sofrimento ou incômodo adicional no ambiente hospitalar. Para FONSECA (1998, p.12), a ação pedagógica desejada para a criança hospitalizada deve estar “além da escola que temos e certamente mais próxima do tipo de escola que queremos”.

Levando em consideração a carência de instituições adequadamente preparadas para lidar com as limitações da criança, as escolas que recebem estas crianças estabelecem condições aos pais para a entrada e permanência da criança naquele ambiente, usando como argumento a manutenção da segurança do seu próprio filho e das demais crianças.

*“A escola matriculou ela sim, e todo mundo trata ela muito bem! O negócio é que a diretora me falou que na hora do recreio tem muitas crianças soltas e eles podem acabar esbarrando e machucando ela. Pra isso não acontecer, e nem ter que deixar ela na sala de aula na hora do recreio a diretora disse que eu fosse pra ficar com ela. Assim eu cuido dela e ela participa das coisas, porque eles não tem gente suficiente pra ficar por conta dela... Ela diz assim: mamãe, a senhora não precisa vir mais não! As minhas amiguinhas cuidam bem de mim, e eu já sou mocinha... Mas mesmo assim eu tenho que ir, porque a escola não se*

*responsabiliza por nada que acontecer com ela, a diretora já me disse.”*  
(Rafaela)

Num mundo em que a beleza é exaltada, e a comunicação é tão importante e baseia-se na imagem do indivíduo, é difícil não perceber a importância que ela exerce sobre as pessoas a nossa volta. A imagem pode ter o poder de criar sentimentos e impressões, e para algumas pessoas, o sentimento que se cria na criança é o de inadequação (PARENTE, 2010).

Pensando em melhorar a qualidade de vida dessas pessoas surgiu uma alternativa de camuflar estas lesões e tornar melhor a sua convivência com estas manchas, lesões, cicatrizes e outras deformidades. Para Chimenti (2010) o principal objetivo da camuflagem cosmética, além de corrigir e exaltar as qualidades já existentes é promover também o aumento da autoestima. Ser queimado significa que algo foi perdido, significa a morte de uma pessoa com determinadas características, determinada aparência, e que aos poucos vai surgindo uma nova, não com a mesma forma de antes, que agora se mostra destituída da sua aparência anterior (ROSSI, 2001).

A camuflagem cosmética é uma terapia que foi criada para aliviar o sofrimento daqueles que têm sido desfigurado por doenças de pele e que, até agora, não tiveram nenhuma forma de correção cirúrgica definitiva, mas que deve conviver com suas deformidades. O objetivo da terapia é fornecer maneiras novas e inovadoras para reparar a aparência de pacientes com anormalidades. Uma variedade de técnicas de cosméticos são usados para ajudar esses doentes em fazer suas irregularidades se tornem o mais discretas quanto possível (PARADA, TIXEIRA, 2010)

Pensando nisto, o NPQ promove cursos para a reconstrução da auto-imagem através do projeto THEZ, que consiste em maquiagem corretiva utilizando técnicas próprias que camuflam cicatrizes e sinais indesejados, sem comprometer a saúde da pele e proporcionando conforto psicológico ao beneficiado. Pode ser feito com intenção profissionalizante ou para uso individual. No final de 2006 foi concluído o curso de maquiagem profissionalizante, em parceria com o Senac, diplomando 25 associados. Além da oportunidade de utilizar recursos profissionais para diminuir o impacto visual

que uma cicatriz provoca na sociedade, este curso também abriu uma nova perspectiva profissional para o associado.

A fragilidade em que se encontram também é percebida quando a família se depara com agressões verbais proferidas à criança que está indefesa. Os pais, que também se encontram fragilizados pelo sofrimento do filho tomam atitudes instintivas de defesa, que são por vezes até agressivas.

*“Ele ( o irmão ) nunca colocou nenhum apelido nela, e se alguém coloca um apelido nela ele vai em cima de quem colocar. Ele diz assim que ela sofreu na escola porque ele não tava lá pra proteger ela. Se ele tivesse ninguém ia fazer isso.”(Joana)*

*“E meu marido às vezes era grosso, porque ele não queria ninguém falando dela, era pra ele defender ela que ele brigava... ele que virava um bicho com os outros. Eu via e não reclamava não! Se podiam dizer coisa pra maltratar ela, porque que a gente não podia defender?”  
(Rafaela)*

Buscar o apoio de profissionais especializados pode ser uma saída para superar problemas como este. Mesmo que não se obtenha sucesso na primeira tentativa, esse esforço pode valer também para a criança aprender a se defender das agressões sofridas.

*“Eu fui lá no hospital pra buscar ajuda aí os psicólogos me deram um papel aqui pra eu levar pra lá pra escola, explicando as coisas que teve na vida dela. Mas não adiantou muito não, eles não deixava de criticar, de falar bobeira, de falar coisa pra ela...”(Josefa)*

Um fator determinante para a aceitação e colaboração da família e da criança no tratamento é a orientação recebida da equipe assistente, que deve manter reforços e deixá-los sempre cientes das reações que advêm do tratamento. Em uma única situação a criança referiu medo e angústia pela hospitalização inicialmente. Com o passar do tempo e a necessidade de reinternações para o acompanhamento, e com os devidos esclarecimentos, este problema foi superado.

*“Foi aquela coisa...ele se sentiu muito só, tinha muito desespero na parte dele de ficar! Mais ao longo dos dias assim que ele ficou das outras cirurgias, porque ele já fez três cirurgias , então ele foi mudando...mas demorava a compreender que ele tinha que passar por aquilo, que era um fase que ele tinha que passar. Na primeira vez ele não aceitava de jeito nenhum. E quando marcava uma cirurgia, e outra cirurgia era um desespero total! Dava dor de barriga, dava vômito! Ele vomitava demais... Mais a partir da hora que ele deu entrada no hospital as pessoas já ia conversando, ele já ia se acalmando e passava ali, graças a Deus bem.”(Rosa)*

Schultz (2007) assegura que a integração entre profissionais de saúde, família e criança hospitalizada é imprescindível para a diminuição do sofrimento físico e psíquico que resulta da hospitalização. A família requer atenção não somente aos problemas fisiopatológicos, como também para os problemas psicossociais, espirituais e ambientais.

É muito importante que os pais tenham clareza da importância do acompanhamento da criança além da fase aguda da queimadura. A compreensão dos pais é fundamental nesta etapa, uma vez que a criança expressa muita dor. Muitas sequelas podem agravadas pela ausência do tratamento adequado.

Um elo importante nesta integração é o enfermeiro, que precisa estar atento na detecção e atenção às necessidades da família, exercendo o seu papel em parceria com os familiares, implantando as ações de cuidado da melhor maneira possível. É importante que o tratamento da queimadura seja garantido de forma acolhedora, e que assegure a minimização de suas sequelas, a depender da gravidade da lesão. Neste estudo lamentavelmente, nem todas as crianças puderam se ver livres da desfiguração estética e funcional provenientes do trauma.

*“Ela perdeu todo o couro cabeludo assim, ó ( a mãe me mostra), arrancou todo o couro e o cabelo dela.”(Joana)*

*“O rosto dela era perfeito, agora não é mais...queimou tudo! Ela fica zangada, ela briga, ela xinga, todo mundo se afasta dela. E não é nem so porque o rosto dela mudou não! É porque ela ficou arredia demais com todo mundo...” (Josefa)*

*“Passado uns dois dias que ela tava internada nós ainda não conhecia ela, só o nominho dela lá na plaquinha da cama. É porque ela deformou o rosto, inchou, os médicos diziam que não era sempre que via uma coisa daquelas, queimadura igual a dela, que inchou daquele tanto!” (Maria)*

Um estudo realizado por Carlucci et al (2007) mostra que o apoio da equipe, em conjunto com o da família, é muito importante não somente quando se realiza técnicas ou procedimentos durante a internação. Serve também, e de maneira não menos importante, durante a fase de reabilitação, por meio de aproximações sucessivas, planejadas e independentes da solicitação, mostrando-se sempre disponível e sensível frente à situação. Aprender a defender-se de críticas ou comentários maldosos seria extremamente importante para a própria criança, que não mais esconderia a sua dor e o seu sofrimento. Poder então compartilhar essa experiência com um familiar ou profissional competente poderia quem sabe minimizar o impacto sobre a saúde mental da criança.

*“Ela escondeu tanto de nós esse negócio de chantagem que ela sofreu, que ela adoeceu mais por causa disso. Hoje que ela veio contar, olha quanto tempo que já faz? Ela foi guardando, guardando, e deu nisso. E quando ela falou, que o pai dela soube desse negócio ele chorou de mais... A gente não pode fazer nada de novo!” (Joana)*

Além da reinserção nas suas atividades educativas, a experiência da vivência do trauma e as suas complicações trouxe mudanças significativas para a vida da criança, principalmente no que diz respeito ao envolvimento em novas situações de risco. Elas deixam claro que teriam mais cuidado em determinadas ocasiões e não se exporiam da mesma maneira.

*“Quando a gente conversa ela diz assim: mãe, se eu fosse maiorzinha eu não teria corrido pra cima de você sabendo que a senhora estava fazendo o almoço...”*

*“Quando ela vê um dos irmãos dela mexendo com coisas perigosas ela vai lá e toma. E conversa com eles também, dá o exemplo dela...E ela não aceita mesmo, ela morre de medo de outro acidente assim lá em casa...Ela não mexe com fogão de jeito nenhum!” (Tereza)*

O inverso também existe, e ao contrário dos que se tornam prudentes alguns continuam a se expor ao risco. Nestas três situações em especial as crianças que se expuseram novamente ao risco da queimadura eram do sexo masculino.

*“Hum... se eu deixar coisas no baixo ele mexe mesmo. Parece que tem um trem assim nele, que fica bulindo em tudo!” (Rosa)*

*“Tem horas que eu até penso que ele entende, mas não sei não...se a gente deixa! Outro dia ele disse assim: mamãe eu peguei a caixa de fósforo e risquei ela todinha pra ver se fazia uma fogueira... Eu quase morri, porque pensei que essas coisas estivessem lá no alto. Mas tava mesmo, e ele subiu na cadeira e da cadeira na mesa pra poder alcançar. Vê se pode!”*

*“A gente até evita de deixar as coisas perto dele, ou no alcance fácil, mas ele não tem jeito não! Ele não tem medo. Se ele vê um isqueiro ele quer pegar e ficar riscando.” (Carlos)*

### ***Categoria 4 - Percurso***

Esta última categoria representa a experiência vivida e o desabrochar de algumas soluções. Ainda que tenha sido descrito anteriormente como uma trajetória percorrida, mas no sentido cronológico de fatos e eventos, o percurso possui aqui um significado único e especial, pois consegue evidenciar elementos que caracterizam a vivência dos familiares desde o início do trauma, com as dificuldades enfrentadas, até o fortalecimento familiar e a superação das situações traumáticas advindas do evento. Possui quatro subcategorias assim denominadas: Vivência, Enfrentamento, Recursos e Ressignificação, que serão descritas a seguir.



Figura 4 Percurso

### ***Vivência***

A queimadura é um evento agressivo sobre o sujeito independentemente do seu grau de extensão e gravidade. Existem situações em que, mesmo que não tenha tido a mesma extensão física e gravidade aparente de outras, seu impacto doloroso deve ser considerado em toda a sua magnitude. Este estudo

revelou incidentes que agrediram as crianças numa proporção significativa, e na grande maioria dos casos as colocou expostas ao risco da morte.

*“O dia que a gente internou a minha filha ela foi desenganada pelo Dr. João. Ele chamou nós e disse que tinha sido muito grave, tinha afetado muito o corpinho dela e os órgãos da respiração. Ele disse que o que tinha que ser feito eles já tinham tentado. Era pra esperar...”(Maria)*

*“O médico chamou nós e disse que tinha o risco do nosso fio morrer! Que a chance dele ficar vivo era pouca. E eu tinha que acompanhar aquilo, sendo que eu nunca imaginava uma passagem dessa...” (Carlos)*

*“Quando eu vi a minha filha indo pra UTI, ela não acordava, ela não abria o olho de tão inchada que ela tava...Eu pensei: pronto, a minha filha vai morrer! E aí os médicos vieram conversar com a gente e disse que era muito grave a situação dela, que tinha risco de morrer...Aí eu fiquei com medo mesmo de perder a minha filha, porque eu sabia que era sério. Eu não lembro com detalhes”(Cristina)*

Após avaliação inicial, independente de serem gravemente acometidas ou não, por falta de recursos e tratamento especializado nas suas cidades de origem, geralmente no interior do próprio estado, as crianças foram encaminhadas pelo hospital local para o serviço de referência na capital em caráter imediato.

*“Então, na hora que aconteceu a gente foi logo pro hospital né? Aí o médico plantonista chamou mais outro colega dele pra olhar, e ele veio. Então ele disse: Só Goiânia, pode mandar agora! Aí de imediato colocaram a gente na ambulância e a gente veio. A gente foi pro HUGO primeiro, lá eles também não quiseram receber, disseram que era um tratamento especializado. Mandaram a gente pra cá pro pronto socorro de queimaduras.”(Joana)*

*“Ainda bem que eles tomam a conduta certa...Na hora lá, a gente não entende direito, pensa até que eles não querem atender a gente. Mas não é não! eles sabem que tem que ter gente especializada pra cuidar da queimadura...Então mandaram nós pra cá.” (Tereza)*

*“Quando ele se queimou a gente procurou o hospital de lá. Eles deram o cuidado e uma acalmada nele, graças a Deus foi um povo que recebeu nós muito bem, foi muito competente. Fez o trabalho que tinha que fazer lá rapidão, aí já pegou e mandaram a gente pra cá.”(Carlos)*

Em uma única situação esta transferência não aconteceu imediatamente, isso porque naquele momento o hospital referência não dispunha de vaga na Unidade de Terapia Intensiva, setor para onde a criança deveria ser encaminhada. Outro motivo impediu a transferência naquele momento: a instabilidade hemodinâmica da criança para a realização da transferência.

*“Quando a minha filha se queimou ela ficou uns dois meses na UTI do hospital de Manaus esperando aparecer uma vaga aqui em Goiânia. Logo que aconteceu a queimadura até tinha, mas os médicos de lá disseram que não tinha condição nenhuma de colocar ela num avião e trazer pra cá, porque era muito risco, ela já não tava nada bem. Eles colocaram a gente por dentro de tudo o que acontecia com ela, e disseram que era um milagre ela ainda tá viva com uma queimadura daquele jeito. Imagina um bebê com 95% do corpinho queimado? Ela teve várias paradas cardíacas, acho que quatro ou cinco, mas todas ela voltava, em todas ela resistia! Parece que ela não queria ir...”(Rafaela)*

Em virtude do trauma e da necessidade de transferência da criança foi necessário também o deslocamento da família sem que houvesse tempo ou condição para um planejamento adequado. Esta viajou para um lugar desconhecido e em algumas situações foi necessária a mudança definitiva para a capital em virtude da hospitalização e tratamento da criança.

*“Eu e o meu marido viemos com ela. O nosso bebê veio também, a gente não tinha com quem deixar. Minha mãe morava muito longe e não dava tempo de ir deixar ele com ela. E sabe quando você não raciocina de deixar ele com alguém perto da gente pra ela ir buscar? Eu não pensei nisso...” (Maria)*

*“Essa mudança na nossa vida também foi muito delicada, muito difícil. A gente não conhecia Goiânia, e nem ninguém aqui. A gente saiu*

*feito doido de lá com a criança queimada, e voltamos depois de quase um mês. Tava tudo revirado de ponta a cabeça... Depois a gente ainda teve que continuar vindo, por causa do tratamento dele, que ainda é muito sério.”(Carlos)*

*“Nós nos mudamos pra cá depois de um tempinho que ela tinha se queimado. Isso porque ficou muito difícil acompanhar o tratamento dela de lá de onde a gente morava. Não tinha os mesmos recursos, e tinha que ficar indo e voltando direto. A gente não tinha condição pra isso. Então nós mudamos.” (Tereza)*

Em decorrência das necessidades impostas pelo tratamento da criança as famílias enfrentam novas dificuldades e desafios em locais desconhecidos, como por exemplo, estarem longe de suas casas, se verem obrigadas a conviver em um mesmo espaço com pessoas desconhecidas, ainda que estas estejam em situação semelhante.

*“A gente não sabia de nada por aqui... Aí você imagina: ela ficou 46 dias internada, revezava eu e o meu marido pra ir ver ela e pra ficar com o nenê. Nesse tempo a gente ficou numa casa de apoio que o município da gente tinha aqui. Foi uma dificuldade, que só passando pra saber dizer...” (Maria)*

A primeira internação das crianças cujos pais foram entrevistados durou em média um mês. Algumas mais breves outras mais longas. Os depoimentos revelam que a primeira internação foi a mais traumática e mais prolongada seja para a criança, seja para os pais, o que não aconteceu nas internações posteriores.

*“Ele ficou internado três dias.” (Rosa)*

*“Ele ficou internado 20 dias. só na UTI foi 15 dias.”(Carlos)*

*“A primeira internação dela durou 10 dias.” (Cristina)*

*“Ela ficou internada 7 dias.”(Tereza)*

O tempo de hospitalização da criança é outro fator que interfere diretamente sobre o controle emocional dos pais. Quanto maior o tempo de hospitalização mais afastados estão da sua casa, dos seus hábitos rotineiros e portanto mais angustiados com a situação que vivenciam.

Um estudo realizado por Oliveira, Ferreira e Carmona (2009) buscou relacionar o tempo de hospitalização com o agente causal e grau da queimadura. Seus dados revelaram que entre os cento e sessenta e quatro pacientes, a maioria das crianças e adolescentes estiveram internados por um período menor que dez dias. Outras 14 ficaram hospitalizadas por mais de sessenta dias. As queimaduras de segundo grau foram as que demandaram maior período de internação, principalmente quando estavam associadas a queimaduras de terceiro grau. Esta relação não foi buscada no presente estudo, o que nos permitiu identificar não a relação do tempo de hospitalização com a gravidade da queimadura, mas o impacto que este tempo pode ter provocado sobre a dinâmica familiar.

Uma internação em especial mais prolongada, chegou a durar onze meses. A criança teve complicações durante o tratamento e foi novamente hospitalizada. Este tempo de hospitalização prolongado esteve diretamente relacionado a gravidade da queimadura da criança.

*“Quando ela se queimou ficou internada dois meses só em Manaus. Depois da transferência pra cá foi mais tempo ainda... Uma vez ele teve alta, mas piorou com uma pneumonia, e voltou novamente. Eu sei que no todo assim, entre UTI de lá, de Anápolis e daqui, foram onze meses de internação.” (Rafaela).*

Essa mudança repentina na rotina de vida da família, o desconhecido e a hospitalização da criança por um trauma tão agressivo e carregado de tantas incertezas, fez com que alguns pais sentissem medo durante a primeira internação. Graças ao atendimento imediato, ao empenho dos profissionais em cuidar da criança, esse medo e insegurança pode ser rapidamente superado pois os pais percebiam claramente que seus filhos estavam muito bem assistidos.

*“Olha, a gente foi recebido muito bem aqui, mas nem por isso foi diferente... A gente não sabia como funcionava as coisas aqui. Então eu ficava muito preocupada porque eu não conhecia né? Com medo assim de...sei lá, nem quero lembrar! Mas depois quando a gente vai pegando segurança, a partir do tempo que você vai convivendo, vai vendo as coisas como funcionam você fica até sem graça de ter duvidado. Mas não é que foi duvidar assim não, sabe, eu acho que você entende o que eu tô te dizendo...”(Joana)*

*“Nossa, me deu uma coisa ruim por dentro... Um medo... Eu não sei explicar bem como foi aquilo não! Eu achava mesmo que minha filha não ia conseguir sair dali viva. Eu sei que tudo deu certo porque cuidaram bem demais dela...” (Tereza)*

Independentemente do tempo de duração da internação a família evitou retornar a sua cidade de origem para que não carregassem consigo o sentimento de ter abandonado seu filho durante a internação, ainda que sua presença fosse permitida apenas nos horários estabelecidos previamente para visitas.

Na época em que estes pais tiveram os seus filhos hospitalizados pela primeira vez a permanência contínua dos mesmos durante a internação da criança não era permitida, pois acreditava-se que a presença no mesmo ambiente teria impacto negativo sobre a recuperação da criança. Com o desenvolvimento de estudos nesta área, e que comprovam a importância dessa aproximação familiar com o tratamento, e em consideração à maioria das diretrizes pediátricas internacionais que se mostram favoráveis à presença dos pais em toda a internação, inclusive nas situações de emergência, essa realidade tem sido modificada não somente nesta conceituada instituição, mas também em diversas outras no país. Segundo tais diretrizes, o acompanhamento dos pais, inclusive nas situações de ressuscitação cardíopulmonar, permite que os pais entendam e acompanhem todo o processo de assistência, e conseqüentemente, aceitem melhor os acontecimentos relacionados a saúde do seu filho (MOLINA, 2009).

O Ministério da Saúde salienta que a presença do familiar na durante a hospitalização da criança é necessária para promover melhor captação de dados do paciente e de seu momento existencial; contribuir para o conhecimento dos profissionais acerca dos principais problemas e necessidades por ele requeridas; favorecer a sua inserção social no ambiente hostil, também facilitando a inclusão na comunidade; além de permitir, desde o início, a integração das mudanças provocadas pelo motivo da internação. Assim, a permanência de familiares com a criança durante o período de internação é uma forma de manter seus registros pessoais e do seu meio de convívio, o que torna o menor mais seguro e cooperativo com a equipe de saúde, desenvolvendo melhores canais de comunicação e colaborando com o próprio tratamento.

*“A gente vinha e ficava aqui na porta quase o dia inteiro, esperando a hora da visita. A gente ficava na expectativa de poder entrar mais cedo e ficar mais com ela... (risos) Eu não dava conta nem de pensar em deixar ela sozinha mais uma vez! Deus me livre, isso eu não ia conseguir não!” (Joana)*

*“Nós vinha aqui todos os dias! Todos os dias, sem falhar nenhum! Essa falta a gente não ia ter com ele não! (Carlos)*

As internações posteriores já foram muito desejadas e significavam a chance de ver a recuperação da criança alcançada mais rapidamente, pois se tratava das cirurgias oferecidas pelo Núcleo de Proteção aos Queimados, que busca parcerias e patrocínios com instituições públicas e privadas e mantém um convênio com o Instituto Nelson Piccolo. O fruto desta parceria está na realização de cirurgias plásticas que reconstroem o sobrevivente da queimadura funcional e esteticamente, e são realizadas sem cobranças de honorários médicos. Esta iniciativa do programa tem como objetivo tanto reduzir as limitações físicas deixadas pelas sequelas da queimadura, como também diminuir o impacto visual que a cicatriz provoca na sociedade de um modo geral para assim favorecer a reinserção social do indivíduo afetado pelo trauma.

Cada uma dessas etapas alcançadas, em parceria com o NPQ e entidades patrocinadoras, garantiu uma satisfação inexplicável à família e à criança, que consideravam uma real oportunidade da recuperação. Os resultados do tratamento foram sempre muito gratificantes e significativos para a família.

*“Logo que ela queimou ela foi operada mais duas vezes. Depois, quando ela foi crescendo mais, como a queimadura atingiu o joelho dela também, ela foi sentindo muita dor. Aí foi indicado pra fazer outra cirurgia, colocar o expansor. Com uns três meses ela internou de novo e tirou. Mas estas últimas foram muito rápidas, era coisa de no máximo três dias! E isso também não importava né? O tratamento dela tava andando, graças a Deus.” (Tereza)*

*“Nesses longos anos de tratamento minha filha já passou por trinta e oito cirurgias pra reparar a queimadura. Trinta e oito vezes internada! Mas nas cirurgias plásticas ela não ficava mais que cinco dias internadas. Só em uma, que ela passou umas duas semanas internada, que foi pra voltar o olhinho dela pro lugar, e deu tudo certo. Difíceis mesmo só as duas primeiras! Depois eram sempre pra ver ela melhorar...E graças a Deus e a quem cuida dela que eu não consigo nem dizer...Ela nasceu de novo! E assim, cada vez que ela passa por uma cirurgia dessas é só melhoras pra ela, então eu fico muito feliz. Porque ela já teve muitas melhoras... Ela não andava, agora já anda, a face dela que o olhinho tinha repuxado bastante, ele já tá melhor. Só o cabelo que não cresceu muito...”(Rafaela)*

Outras implicações do agravo dizem respeito a questões financeiras. Acontece que a família que não dispõe de reservas financeiras se desestrutura por conta dos gastos que a surpreende. As despesas com o tratamento, apesar de este ser realizado no SUS, são onerosas. Existem custos adicionais que estão implícitos ao deslocamento, uso de malhas especiais, proteção da pele, alimentação, moradia, que são de responsabilidade da família. A dificuldade financeira aparece não somente em decorrência do trauma. Na verdade ela já existe.

*“Eu trabalho muito, a minha muié também pra ajudar nas despesa, mas depois do acidente eu fiquei devendo muito! Eu fiquei devendo dinheiro que eu pegava emprestado com os outros. As coisas foi acumulando: aluguel de carro pra vim pra Goiânia, a comida que não podia faltar, as roupa que ele tem que usar... Teve uma época que eu até pedi ajuda pros outros, e eu não tinha vergonha não! Eu num podia deixar meus fio passar dificuldade! Tem uma roupa marrom dele lá que é quase um salário! Então foi acumulando... Mas graças a Deus eu tô trabalhando e agora eu tô pagando. Quando tinha pra pagar, eu pagava, quando não tinha eu pedia pra ter paciência, e agora eu tô quase acabando...”(Carlos)*

Em consequência a escassez de recursos próprios tanto para o sustento da família como para dar continuidade ao tratamento do filho, algumas interrupções são dolorosamente enfrentadas.

*“Se eu tivesse condições de pagar uma cirurgia dessas, talvez a minha filha tivesse até melhor né? Mas o tratamento é muito caro, não dá pra isso não! E a gente segue na fila, tem muita gente que precisa também, então tem que saber esperar”(Joana)*

*“Numa das consultas dele o Dr. me disse que sabia que a mãozinha dele tava atrofiando, mas não podia fazer a cirurgia porque o SUS não tava liberando recurso. Da primeira cirurgia pra segunda foi rápido, mas da segunda pra terceira foi que demorou demais! Muito mesmo! Eu já chorei muito aqui nas reuniões do núcleo sabe, preocupada com ele, com essa falta de recurso pra acudir ele antes que a mãozinha dele atrofie toda de novo.”(Fátima)*

Em algumas situações os pais se ausentaram dessa participação e perceberam que sua ausência prejudicou o tratamento da criança.

*“Teve uma época que a gente deixou de vir nas reuniões. Eu falhei muito de ter afastado. Eu fiquei quase dois anos sem vir, entre uma cirurgia e outra. Um dia a Terapeuta me falou: se a senhora tivesse vindo talvez a cirurgia tivesse saído mais cedo, mas como não vinha...Eu*

*até pedi perdão pra ela pela minha ausência. E então eu fiz o compromisso comigo de vim sempre! E tenho vindo! E quero continuar vindo!*

*“A gente deixou de vir uma época pra cá sim! E quando ela foi crescendo mais, eu fui vendo que ela tava incomodada com a cicatriz, que aquilo não fazia bem pra ela. Aí eu voltei pro Núcleo de novo. Eu achava que não ia ser mais preciso, mas agora eu entendo que talvez tenha que ficar vindo a vida toda. Não é só a cirurgia que a gente precisa não! Tem muito apoio que a gente vai precisa pro resto da vida...”(Cristina)*

A ausência das reuniões do ASQ, ou sua limitada participação, esteve condicionada na grande maioria das vezes ao fato de a família estar enfrentando dificuldades financeiras, que foram significativamente acentuadas após o trauma.

*“Assim, pra gente vim nas reuniões do núcleo mesmo a gente tem que escolher quem vem! Ou vem eu ou o meu marido, porque os dois não dá não! A gente mora muito longe daqui, e fica caro pra nós pagar esse tanto de passagem. E ainda agente tenta trazer ela, porque é pra ela interagir também, mas nem sempre a gente dá conta. O dinheiro é contado.”(Joana)*

*“Nas reuniões do grupo na medida do que a gente pode ela vem também, mas não é todas! Junto mesmo, a gente só veio umas duas vezes, eu, ela e o pai. A viagem fica cara pra nós três...Uma época a gente ficou quase um ano e meio sem vim por causa de falta de dinheiro. E a gente sabe que falhou muito de ter afastado...”(Maria)*

### **Enfrentamento**

Em virtude das dificuldades financeiras enfrentadas a família tenta reduzir gastos e passa a estabelecer prioridades para assim não comprometer ou interromper o tratamento do filho.

*“A gente não tem pra esbanja não! Mas graças a Deus a gente foi tirando umas coisas que podia, e não falta nada pra nós em casa não! E nem pro tratamento dele falta, graças a Deus...”(Rosa)*

*“Com o acidente da minha filha muita coisa mudou na vida da gente assim! Às vezes você vai fazer alguma coisa, você pensa em comprar alguma coisa e aí você fala: eu não posso, porque o fim do mês chega e eu tenho que tá na reunião, ou tá lá no hospital. Você sempre fica na expectativa do tratamento dela... Eu sempre junto um dinheirinho, faço um cofrinho. O meu medo é assim de eu ir num salão e minha filha ficar sem alguma coisa, e eu não ter de onde pegar entende? O meu medo é esse, eu sempre acho que ela vai precisar, eu nunca acho que tem o bastante... Então hoje em dia eu vou pensando assim: se for fazer uma unha, arrumar cabelo, ou passear sem necessidade, vai me fazer falta! E eu não posso deixar mais nada faltar pra ela! O meu marido também trabalha, mas é de pedreiro. Não ganha lá essas coisas não. E então eu vou controlando o meu dinheiro pra não ter precisão depois...”(Joana)*

*“E agora a gente tá economizando lá, porque na hora duma necessidade eu tem que dá jeito, eu tenho o dinheiro na hora certa. Porque se eu num tenho o dinheiro na hora certa pra comprar as coisas dele pode atrasar o tratamento dele, e Deus me livre da gente não ajudar a fazer o tratamento dele, no que pode a gente ajuda.”(Carlos)*

O esforço familiar pela recuperação da criança envolve não somente o comprometimento financeiro da família, mas também todo um suporte emocional que esta precisa dispor para si mesmo e para direcionar à criança, que é a maior vítima do trauma. Os pais fazem alusão e tentam refletir com a criança sobre as dificuldades que são enfrentadas também por outras pessoas, tentando permitir que a criança perceba que as suas dificuldades não são únicas e insuperáveis.

*“Quando a gente via uma pessoa deficiente eu já ia falando com ele: ó você tá vendo aquela pessoa ali? Você falta só um dedinho... Você escreve, você come, você brinca, isso não é motivo pra você não*

*ser uma criança feliz. Você tá vendo aquela pessoa lá? Ela não tem um braço, e ela faz de tudo. E sempre eu fui mostrando pra ele aquilo ali não era uma coisa grave pra tirar a felicidade dele, né? E ele sempre perguntando e falando, e eu dizendo que foi um acidente, que ninguém queria que tivesse acontecido. Ele parece que assimilou bem [...] Porque eu sempre tive na minha cabeça assim que jamais eu quero deixar ele triste com a mãe dele, deixar triste e nem revoltado, porque quando a gente cria uma revolta no coração de uma pessoa aquela revolta vai afetar não é só o relacionamento dele com ela não, vai afetar o dele comigo, com o pai dele, e todo o lar dele. Então eu tive cuidado pra não deixar ele revoltado, pra ele entender que foi um acidente! O meu filho já sofreu demais! Eu não posso deixar mais nada de ruim acontecer com ele. Então é muito importante instruir eles porque a educação da família pode prevenir certas coisas, certos tipos de comportamento né?”(Fátima)*

*“Eu digo sempre pra ela que ela tem que ser o que ela é. Aconteceu isso, aconteceu, mas agora a gente está tentando melhorar... É pra ela se cuidar pra ela mesma ficar melhor, e não pras outras pessoas!”(Cristina)*

Afirmando estes elementos positivos, está um que merece destaque especial: o entendimento que os pais tem ou procuram adquirir sobre a gravidade dos fatos e o tratamento da criança, e que requer muita habilidade dos mesmos para lidar com esta situação. Este habilidade é sempre reforçada pelo compromisso que os pais assumem com o cuidado do filho, e pelas orientações proferidas pela equipe assistente.

*“As cirurgias que ele foi fazendo se tornava cada dia mais simples, porque uma a uma ele ia melhorando...”(Rosa)*

*“Minha filha passou por diversos procedimentos. Teve muitas internações pro tratamento dela que teve raspagem, colocar o expansor, fazer liberação da pele por causa de retração... Ela já usou até aquela pele de rã, e tem paciente dizendo o doutor que dá rejeição, e graças a Deus ela não deu, ela não teve nada. Mas aí eu falei aqui eu fico porque*

*aqui ela tá sobre os cuidados, né? Eu só vou pedir pra ir embora quando o médico me liberar pra ir [...] A gente ia sendo orientado sempre pra aprender como ela ia reagir, e pra cuidar dela também!” (Joana).*

*“Eu tanto sei que é importante pra ele, que eu nunca deixei de cumprir com o que os médicos, os fisioterapeutas me orientava. Dava o tempo que desse, o jeito que fosse, até a dor que fosse, mas tudo dele era feito como me ensinavam... Eu tive que aprender a cuidar do meu sofrimento junto com o dele...” (Fátima).*

## **Recursos**

### **Apoio Profissional Expressivo durante a Hospitalização**

É muito importante destacar que o acolhimento profissional ajuda de maneira significativa a família no enfrentamento do trauma. Este acolhimento se revela em diversas situações, seja na orientação à família sobre o real estado de saúde da criança, bem como a participação e comunicação que é estabelecida com estes ao longo das internações, o que torna a família satisfeita com a qualidade do atendimento e confiante na equipe assistente. O amparo do profissional deve e precisa estar direcionado tanto aos pais quanto às crianças. Os depoimentos colhidos refletem que esta influencia é de extrema importância para a continuidade do tratamento.

*“Eu tenho plena confiança. Sei que ela tá cuidada, tá sendo alimentada bem, muito bem, então eu não preocupo. Hoje eu conhecendo o hospital igual eu conheço hoje eu não preocupo de jeito nenhum... Eu vou embora sem angústia pra casa, vou alegre, sei que tá sendo o melhor pra ela, e que eles vão fazer o que eles podem por ela, qualquer coisa eu sei que eles me liga, eu sei que ela tá bem tratada” (Joana).*

*“Eu me sentia ruim de tá deixando ela, mas eu sabia que tava melhor do que se tivesse comigo, e isso ajudava muito, sabe? Eu não*

*sentia medo de deixar minha filha lá internada porque eu sabia que eles cuidavam bem dela! Eu tinha medo de perder a minha filha!” (Cristina).*

Schwartz et al. (2004) afirmam que garantir à família informações sobre o quadro clínico, tratamento, procedimentos, tendo como base uma comunicação responsável e eficiente, sem dúvida se constituem como práticas fundamentais para uma boa assistência à família. A comunicação contínua com os pais, a proximidade mantida com estes, a demonstração de atenção e carinho, além das orientações dispensadas acerca da real situação da criança não se trata apenas de uma obrigação ética e moral dos profissionais responsáveis pelo tratamento da criança, mas sim de estratégias que permitem o fortalecimento não somente da estrutura familiar, mas também, e na mesma proporção, do restabelecimento da relação de humanidade que deve ser mantida e preservada entre os sujeitos, independentemente da ocupação que tem e representam diante da sociedade. Para Molina et al., ((2009) a interação dos pais com os profissionais de saúde deve permitir uma maior compreensão por parte dos pais, o que auxiliará com sucesso no tratamento e superação da crise que se vivencia com a hospitalização da criança.

*“Eles explicavam as coisas sempre pra gente, tudo o que a gente tinha que fazer pra ajudar ela, e sobre as coisas que acontecia com ela.” (Tereza).*

*“O médico foi muito sincero e objetivo comigo, eles falaram que ia fazer de tudo pra salvar a vida do meu filho, mas que o caso dele era muito grave, era difícil dele escapar, mas que ia mandar ele pra uti e tudo. E aí graças a Deus que ajudou que uma criança tinha saído da uti naquele dia e deu a vaga pra ajudar o meu filho. Mas eu sei que foi com Deus e na luta deles aí no hospital que as coisas se ajeitou”(Carlos).*

*“Eles sempre me falaram que ela era uma criança muito grave, que tinha chance dela viver, mas que tinha também de morrer! [...] Uma hora lá ela ficou muito agitada, e a médica me disse que ela não podia ficar assim, que não fazia bem pra ela. Eles deram remédio pra acalmar ela, ela tava com o corpinho todo ferido e ficava se batendo. Aí machucava de novo! E eles conversavam de tudo isso comigo e com o*

*pai dela, eles explicavam o que era cada procedimento que ela passava e como era pra cuidar [...] Outra vez a enfermeira que tava cuidando dela falou assim pra mim: Você é a mãe dela? Se você conversar com ela, ela vai te escutar. Eu experimentei falar com ela e ela levantou um pouquinho a perninha! Risos carregado de choro...”(Rafaela)*

O profissional de saúde é quase sempre idealizado pela comunidade de um modo geral, pois a sua imagem reflete significativas possibilidades de promoção da vida, da saúde e da qualidade de vida. Um aspecto que, apesar de muito positivo, inclui também o lidar com a dor, com o medo, com o sofrimento, com a morte. É um trabalho precioso e delicado de recuperação da saúde dos indivíduos para quem se disponibiliza e orienta para o conviver com prováveis limitações e sequelas com o menor sofrimento possível, seja para a criança, seja para seus familiares.

*“A gente fez uma amizade aqui com uma mulher, que já foi até queimada... e a gente foi recebendo apoio das pessoas do hospital e foi melhorando as coisas na nossa cabeça...”(Zélia)*

A garantia da presença de um familiar promove e mantém a inter-relação da criança com a família, neutraliza os efeitos decorrentes da separação, colabora na assistência integral à criança, melhora sua adaptação ao hospital, facilita a aceitação do tratamento, promove a positiva resposta terapêutica, ameniza os fatores estressantes da doença, dos procedimentos e da hospitalização (RIBEIRO, 2004).

Almeida et al. (2006) reiteram o presente estudo quando afirmam que é importante considerarmos a necessidade do estabelecimento de uma relação de empatia, com abertura por parte dos serviços e de seus profissionais, no sentido de buscar perceber e receber a clientela e suas dificuldades de forma mais compreensiva, trabalhando-as de modo mais sensível e paciente. Reforçar o laço existente entre os membros de uma família, e destes com a equipe assistente permite um conhecimento específico do sujeito afetado pela queimadura, permite a troca de saberes, e assim pode auxiliar no seu melhor desempenho. Os autores garantem ainda que há que se investir num processo

de ensino-aprendizagem adequados, considerando-se as diferenças nas capacidades de assimilação das famílias e as especificidades que envolvem todo e qualquer tipo de procedimento para um grupo que provém normalmente de uma população leiga, que é aquela que compõe os usuários do sistema de saúde.

Todo esse cuidado com o sentimento do familiar acompanhante da criança hospitalizada, bem como da própria criança, faz com que a família sempre se refira ao atendimento que lhes fora dispensado da melhor maneira possível. São muito frequentes os depoimentos que refletem a satisfação, segurança e tranquilidade com a qualidade do atendimento ofertado. Todos os pais entrevistados, sem exceção, revelaram ao descreverem o cuidado prestado aos seus filhos, que eles eram bem cuidados, e que percebiam isto não somente quando se realizavam as técnicas e os procedimentos, mas sempre associavam também com aspectos de atitudes e sentimentos como carinho, atenção, alegria, sorriso e outros.

*“A gente percebe quando as pessoas gosta da gente, né? Lá todos gostava muito dele, quer dizer, gosta até hoje. Eu vejo as meninas lá do centro cirúrgico chamam ele de Joãozinho, Joãozinho... E ele já é quase do meu tamanho. Os médicos super atenciosos, as enfermeiras, as meninas da portaria...tudo, tudo. Desde o primeiro momento foi assim, desde a primeira internação dele a gente sempre é muito bem tratado.” (Rosa)*

*“Isso daqui é bom demais! Minha filha operou e ficou num luxo danado, o quarto todo equipado, um hospital todo bom, com tudo de bom. Tem gente que pensa assim: ah, tá fazendo pelo SUS, você não tá pagando então fica de qualquer jeito, mas não é assim não! Você fica num conforto que não tem igual É muito bom o tratamento aqui do hospital, eles trata muito bem os paciente e a gente, que acompanha eles... Na verdade nada me desagradou, tudo foi melhor do que eu pensava, eu não tenho nada que falar, nada que falar de ninguém. Pra falar a verdade eu nunca vi uma equipe assim tão legal igual essa daqui. Ah se todo hospital fosse assim né? As enfermeiras sabe, elas é*

*carinhosa, elas é prestativa. A minha filha falou que desde a primeira vez que ela internou ela nunca assim, falou ah eu tô com dor e não tem nenhuma enfermeira aqui, eu chamo e ninguém vem. Aqui não tem isso não! Elas tão sempre presente o tempo todo!”(Joana)*

*“Desde a limpadeira até o doutor, tudo muito bom, não dá pra reclamar de nada e nem de ninguém!” (Josefa)*

*“Eu sei que hospital num é lugar bom da gente ficar, mas lá era tudo muito bom! A gente foi muito bem tratado! E lá tinha uma doutora que queimou também, que nossa! Vixe Maria... ótima pessoa demais! Eu sei que ela nem lembra de nós, mas a gente deve muito a ela, ela chegava e conversava muito com a gente, bom demais, vixe...”(Carlos)*

*“As pessoas sabe cuidar bem , sabe tratar, sabe respeitar... Eu via o carinho delas no alimentar, na hora de dar a mamadeira, de tudo!” (Cristina)*

*“Graças a Deus por onde a minha filha passou ela foi muito bem atendida, porque ela já ficou internada quase uns dois anos no todo assim. Todos tomavam a causa dela! E isso pro pai e pra mãe que vê é bom demais, diminui um pouco a dor que a gente sente...”(Rafaela)*

Todos os depoimentos refletem que os pais valorizam e percebem a interação dos profissionais com os seus filhos, e valorizam a tecnologia e a dedicação dos mesmos. Mostra ainda que, acima de tudo, valorizam as atitudes de respeito e consideração que são destinadas aos seus filhos e a si mesmos. Um estudo realizado por Gasquoine (2005) com mães de crianças hospitalizadas com doenças agudas identificou que as enfermeiras eram consideradas inesquecíveis quando ao cuidar das crianças levavam em conta as pequenas coisas como gestos e atitudes, as quais proporcionaram suporte e ajudaram a enfrentar a hospitalização dos filhos, tornando-a mais tolerável.

Estas pequenas coisas referidas pelo autor dizem respeito a preocupação dos profissionais em tratar as pessoas de um modo único, considerando a individualidade de cada uma delas, chamando-as pelos seus respectivos nomes, abordando os familiares como se estes fossem seus

amigos, demonstrando amor pelas crianças. Além disto, o toque carinhoso, uso da voz suave, o diálogo afetuoso, que não dependem da tecnologia, fazem a diferença para as mães e as crianças, pois são formas que garantem segurança e conforto aos que a recebem, e que dificilmente serão esquecidas.

### ***Inserção e participação no núcleo de proteção aos queimados***

O acolhimento referido pelos pais e ofertado pela equipe de saúde é realizado não somente durante a hospitalização para o tratamento na fase aguda, mas também é garantido durante a reabilitação. O Hospital de Queimaduras de Goiânia, referência nacional no tratamento de queimaduras, conta com o apoio do Núcleo de Proteção aos Queimados (NPQ), ativo informalmente desde 1984 e fundada juridicamente em 1999 como uma ONG para abrigar as atividades sociais da equipe do Pronto Socorro para Queimaduras. Esta ONG tem o objetivo prevenir acidentes, aliviar sofrimentos, reabilitar pessoas e educar profissionais de diversas áreas de atuação, capacitando-os para a seqüência prolongada do difícil tratamento do sobrevivente às queimaduras, em sua maioria sem condições financeiras.

O apoio destinado aos sobreviventes das queimaduras e seus familiares é benéfico em todas as suas esferas, seja na orientação para a prevenção, na reabilitação física ou emocional das sequelas deixadas pela queimadura. O trabalho é direcionado com o intuito de se conseguir a reconstrução e reabilitação do indivíduo, priorizando a aceitação pessoal e familiar, favorecendo a reinserção social do sobrevivente e da sua família.

A inserção da família no NPQ se dá quando a criança está prestes a receber alta da primeira internação. Os pais são orientados a procurar o núcleo logo que vão receber a alta e dos profissionais recebem orientações para o seu cadastramento e participação nas atividades promovidas pelo grupo. Segundo estimativas recentes existem cerca de 1300 pacientes em fila de espera que aguardam cirurgias pelo Núcleo.

*“Logo assim que a minha filha saiu eu me cadastrei.” (Joana)*

*“Lembrar bem quando foi de data eu não sei não. Só sei que foi logo que a gente saiu do hospital.” (Josefa)*

Este acompanhamento reflete tão positivamente sobre a criança e sua família que estes se esforçam para participar frequentemente das atividades que são oferecidas pelo NPQ – ASQ.

*“Vim pra cá tem ajudado muito! As palestras, as reuniões, as conversas, isso ajuda muito. Muita dúvida que a gente tinha foi tirada, entendeu?”(Maria)*

*“E aqui é o lugar que a gente tem esperança de ver o nosso filho curado! Se ele não ficar todo bom, igual era antes, pelo menos vai deixar ele melhor do que a queimadura deixou ele!” (Zélia)*

*“E então aqui ajuda muito, e a gente tenta vim sempre junto, porque aí ajuda a família toda. Porque aqui também a gente tem a oportunidade de tratar não só da cabeça da gente, mas também das feridas dela, porque essas cirurgias todas que ela fez, foi tudo aqui, todas as melhoras dela veio daqui... A gente cuida, mas eles é quem faz!” (Rafaela)*

O Núcleo de Proteção aos Queimados proporciona aos seus integrantes o envolvimento com pessoas em situações semelhantes, o que de certa forma, os faz sentir melhor, pois deixam de se perceber diferentes e excluídos dentre os demais grupos. Além disto, perceber o progresso obtido por outros pacientes com as oportunidades oferecidas pelo NPQ serve como estímulo a busca da sua nova identidade.

*“Aqui a gente vai vendo as outras pessoas ali que já vai fazendo a cirurgia, que já vai melhorando, e aquilo ali vai trazendo segurança e esperança pra gente né?” (Joana)*

*“Qualquer coisa que comenta assim, uma pessoa que vive o que a gente vive, que sofre o que a gente também sofre, já é uma ajuda muito grande [...] É melhor a gente conversar aqui porque a gente*

*desabafa, fala com quem entende o que a gente sente. Então é bom conversar assim...”(Carlos)*

*“Isso aqui significa muito pra mim, pra ela, pra nossa família toda! Ficar aqui faz bem demais, acho que mais pra mim, pensar outras coisas... Abrir mais os olhos, pra tomar cuidado... e vim pra cá faz a gente aprender muita coisa. Muita coisa da queimadura e da vida... Da nossa vida e da vida dos outros, ver que a gente reclama às vezes sem precisão...” (Zélia)*

*“Muitas vezes quando você conversa com uma pessoa você sente que o que você conversa tá acrescentando na vida dela, você sente uma satisfação de ajudar sabe?” (Fátima)*

A inserção no NPQ é um benefício que se estende tanto à vítima quanto a sua família, que ao iniciar sua participação no grupo traz consigo expectativas que podem não ser atendidas de imediato a sua inserção. Este processo demanda tempo, requer uma avaliação criteriosa dos pacientes e das suas necessidades, e estabelece prioridades para a contemplação da cirurgia, o que pode não ser visto como algo positivo pela família, que anseia por uma recuperação imediata.

*“Aqui eu sou recebida bem demais, e o meu filho também! Tenho amizade com todos, com outros pacientes e com as famílias deles. Sempre quando chega uma pessoa novata a gente passa a conhecer o que aconteceu com ela e dá força, porque a gente tá com mais tempo de casa né? Aí ajudar aqueles que tão começando e que pensa assim: ah, eu vim a primeira vez e não vou mais voltar não porque não era isso que eu esperava. Então a gente conversa e conta da nossa vida ali também... E assim, quando eu trago ele, ele fica na salinha da brinquedoteca, ele tá se enturmando. Ele... Um ano atrás ele não ficava lá. Ele ficava comigo encolhidinho num cantinho na sala de reunião, perto da porta já querendo sair... Aí de um ano pra cá ele começou a brincar, chega em casa ele comenta das situação dos coleguinhas de lá, e assim ele tá se soltando, tá se abrindo mais. Ele não brincava lá, agora ele já tá participando.”(Rosa)*

A convivência com pessoas que passam por circunstâncias semelhantes permite a troca de experiências relacionadas ao trauma vivido pelos seus filhos, e desta maneira, dissipam um pouco da sobrecarga que lhes foi imposta subitamente pelo trauma.

Além do envolvimento com o grupo de pessoas que passaram por um trauma semelhante, um elemento crucial para esta aceitação que a criança e a família tem da sua nova condição é a participação de profissionais que se envolvem diretamente com estes pacientes e os tenta preparar para lidar com mais segurança e tranquilidade com o enfrentamento do trauma. Estes profissionais se doam, exploram suas potencialidades em benefício do próximo, e se tornam pessoas especiais para os que são acolhidos por eles.

*“Eu recebi ajuda demais das pessoas que trabalha aqui pra que eu aprendesse a lidar com esse negócio, essa revolta que eu sentia... Meu marido também! A gente teve que se tratar também pra cuidar da nossa filha! Depois das conversas que a gente teve, depois de um tempo bom eu deixei de me sentir culpada, eles me fizeram perceber umas coisas que a gente não via porque tava muito dolorido[...] agora parece que já tem mais estrutura, as palestras que a gente tem, a conversa da Flor ( coordenadora do Núcleo), vai trazendo mais experiência, mais força pra gente.” (Maria)*

*“E o núcleo mudou muito a lidar com a situação. Igual eu, eu andava todos os dias de ônibus com ele, e todo mundo queria saber o que aconteceu. E eu pensava meu Deus do céu, é tão cansativo, um pergunta, o outro escuta você falando, e eu não sabia me defender, eu tinha vergonha de ser mal educada. Porque você tá ali dentro do ônibus e é próximo e escuta, e depois pergunta de novo, e passa um pouquinho aí aquele para de perguntar e vem outro e pergunta de novo... Então é cansativo, as vezes você não quer contar aquilo de novo, você não quer reviver aquilo de novo... Então aqui a gente aprendeu como administrar esse sentimento, que perguntam porque tá curioso, porque quer ajudar, que tem gente que não tem sensibilidade, que tem pessoas que são preconceituosas. (Fátima)*

*“Pra você ver, hoje o meu marido já não briga mais com as pessoas curiosas que ficam em cima da gente por causa dela. Ele foi aprendendo a lidar com isso aqui, com as orientações que foi recebendo dos psicólogos, do psiquiatra. O núcleo tenta dar pra gente um pouco da tranquilidade que a gente perdeu...”(Rafaela)*

Além do convívio extremamente enriquecedor, o NPQ inclui seus cadastrados num programa de reabilitação física denominado Esperanza que já ofereceu mais de 600 cirurgias reconstrutoras nos últimos três anos e está aberto a quem dele necessitar, bastando para isso que o interessado procure o **NPQ** para fazer o cadastro e se inteirar dos benefícios disponíveis.(NPQ, 2009).

A realização da cirurgia reparadora é para muitos pais a oportunidade de ver seus filhos mais próximos da recuperação do trauma. Os pais acreditam que remover as sequelas, ou ao menos minimizá-las, pode fazer com que a criança se sinta melhor. Este é o motivo pelo qual anseiam tanto a contemplação do seu filho com a cirurgia.

*“A gente tem sempre a esperança dentro da gente! A gente num deixa de ter! Quando o telefone toca a gente corre, porque pensa que pode ser daqui, avisando que ele vai ganhar a cirurgia. Isso é o que a gente mais espera, e eu sei que uma hora dessas vai chegar. e num vai demorar não! A gente sabe que esse é um jeito de fazer ele ficar melhor. Igual o que era a gente sabe que não volta não! Mas melhor a gente sabe que vai ficar!”(Carlos)*

*“A gente sempre procura fazer de tudo pra ela ser beneficiada com a cirurgia, porque as vezes tirando um pouco essa cicatriz ela vai se sentir melhor né? Que vai poder pelo menos melhorar aquelas cicatrizes que ela tem.”(Joana)*

A concessão da cirurgia aos cadastrados no núcleo está condicionada a participação da família nas atividades promovidas pelo grupo, em especial nos encontros do Apoio ao Sobrevivente à Queimadura (ASQ). Abandonar tais reuniões implica em perda de oportunidade de aprendizado, pois tais encontros

permitem a exposição da dificuldade individual e favorece a busca da solução comunitária com estímulo e orientação especializada. Além disto, a ausência pode minimizar as possibilidades de a criança ser beneficiada com a cirurgia reparadora.

Apesar de a família desejar muito a realização da cirurgia houve uma situação específica em que a mãe demonstrou sentimentos conflituosos na espera deste momento. Este sentimento, possivelmente relacionado a ansiedade e o medo, que são características comuns e inerentes ao comportamento do indivíduo numa situação desconhecida por ele e que é cercada de riscos.

*“Assim, igual quando me falava que ia fazer a cirurgia eu ficava com muito medo. Eu tinha muito medo de não dar certo, era um sentimento assim: medo misturado com alegria. Medo de não dar certo, e alegre de pensar que tá consertando algo que estragou... E a gente espera muito pela cirurgia, a gente fica ansiosa... Isso é normal né? Tanta coisa diferente que acontece com a gente que a gente não espera... Então assim igual eu tô te falando: é um sentimento de medo misturado com alegria, porque é uma conquista, né toda vez que passa por uma cirurgia. É assim que eu me sinto.”(Fátima)*

Essa relação entre o NPQ e os seus integrantes é tão benéfica que, para alguns dos entrevistados, mesmo que seus filhos já tenham sido contemplados com a cirurgia reparadora, permanecem envolvidos com a causa da ONG, e nas oficinas promovidas pelo Núcleo. O sentimento de gratidão aos profissionais, o reconhecimento que os pais têm pela ajuda recebida são evidentes nos depoimentos a seguir:

*“Já faz cinco anos que eu tô participando aqui. Meu filho já fez o tratamento dele direitinho, graças a Deus, mas a gente continua vindo.”(Rosa)*

*“Fez a primeira cirurgia, e não é porque ela ganhou uma cirurgia, que tinha dado certo, que eu ia parar, eu continuei vindo. Aí depois que eu vim pra cá eu vinha pra todas as reuniões, aí eu comecei a vim pra cá*

*como voluntária, porque igual eu falei pra você: eu tava precisando! Então aqui... Se vê ela fez a segunda cirurgia, e nem por isso eu vou deixar de vir . Um belo de um dia a flor convidou a gente pra vim participar do trabalho aqui como bordadeira, e eu vim, e gostei. E já faz dois anos que eu tô aqui direto, toda semana eu tô aqui. Pra você ver, a minha filha vem também, ela vem comigo e ajuda nos trabalhos daqui, ela também é voluntária aqui. Porque aqui pra mim é a minha segunda casa. Eu gosto demais de vim pra cá... Eu me sinto bem aqui, e não é porque ela ganhou as cirurgias que ela já fez, não é por isso!” (Tereza)*

*“Eu venho sempre, participo das oficinas, faço o crochê em casa e trago pra cá, mas não deixo de participar!” (Zélia)*

*“O tratamento do meu filho ainda vai continuar um tempo, eu sei disso. Mas mesmo que já tivesse acabado eu não ia sair daqui não. a gente não pode abandonar quem acode e ampara a gente! Eu não vou esquecer nunca o que fizeram por mim aqui. Isso que eu faço hoje, de tá participando da oficina das bordadeiras não é nada perto do que fizeram por mim.” (Fátima)*

### **Espiritualidade**

Dentre as estratégias desenvolvidas, e as diversas formas de apoio encontradas a família se respalda também na aproximação espiritual, pois afirmam que esta contribuiu significativamente para o fortalecimento pessoal e familiar após o trauma. A fé em Deus os torna fortes, conforta a família diante do sofrimento, ou ao menos os faz mais amparados para o enfrentamento da situação. A busca pelo apoio espiritual está presente na experiência das famílias e esta forte relação os ajuda a suportar a difícil convivência com a experiência da doença e da hospitalização de um ente tão próximo e querido.

*“A gente tem que esperar, tem que confiar em Deus, saber que um dia aquilo ali vai ter fim e pronto! Eu tenho fé em Deus que Ele vai ajudar agente a ver ela bem. Deus dá força pra gente sim, Ele dá... Só de*

*Ele nunca ter deixado eu fraquejar... Mas tem coisa que ajuda mais a gente a minha religião, eu nasci dentro da igreja, e eu acho que isso ajudou eu demais, ela foi criada dentro da igreja, ela tem toda liberdade, dentro da normalidade. A gente se aproxima de deus, e eu sei lá se isso foi da vontade de deus, se deus ia permitir isso na vida da gente, mas permite, né? Pra gente se tornar as vezes até uma pessoa melhor do que a gente já era, mas você só torna mais uma pessoa de coração quebrantado, né? A igreja serviu até de mais força, de mais experiência...Isso a gente não pode esquecer!” (Joana)*

A crença em algo maior e mais poderoso se mostra profundamente importante uma vez que ajuda as pessoas no enfrentamento de situações difíceis e a superar os sentimentos negativos que surgem no decorrer do adoecimento e tratamento da criança (SAAD, MEDEIROS, 2005). Ainda são desconhecidos os mecanismos pelos quais a fé e a crença agem para a melhoria do estado geral das pessoas, e mesmo assim, as famílias atribuem a fé um significado importante para o enfrentamento da condição do filho (NÓBREGA et al., 2010) Acreditar que podem contar com forças espirituais traz sentimentos de conforto aos pais ( PAULA, NASCIMENTO, ROCHA, 2009).

*“E assim, a igreja ajudou muito, nessas horas é importante. Deus fala muito com a gente na hora que a gente tá mais precisando. A gente vai na igreja buscar a palavra. Deus sempre tem confortado nós pela palavra. Aqui dentro de Goiânia mesmo, o dia que a gente internou a minha filha ela foi desenganada... Só que até então eu não sabia, porque ele chamou o meu esposo e falou com ele: tudo o que tinha que ser feito, já foi feito. Só Deus pra dar uma solução! A gente não conhecia Goiânia, e nem ninguém aqui. Um dia a gente ligou pra uns amigos lá de Jataí pra eles indicarem uma igreja pra nós e ele indicou um irmão lá do setor universitário e nós fomos lá no setor universitário. Aí nós chegamos lá na igreja bem na hora da palavra, que foi 37 de Ezequiel, aquela parte que fala que cresce osso e cresce pele, que Ezequiel profetiza pra um monte de fiéis. Aí naquela hora o Senhor usava do irmão que tava pregando e falou assim: aqui tem alguém que foi desenganado hoje pela medicina, mas Deus manda te falar que não é*

*morte, é vida! Aqui existe um pai e uma mãe aqui que veio buscar a palavra, porque a sua filha tá desenganada lá no hospital. E o senhor manda te falar que ele vai entrar lá no hospital e fazer uma obra, e foi mesmo... Até o Dr. (ela diz o nome do médico) falou que a minha filha é uma vitória pra eles. Porque quando ele pegou ela ele achava que não chegaria, entendeu? Aí veio aquela dúvida, tinha tanta gente na igreja, será que é comigo mesmo? E quem que ia saber? Nós não conhecia ninguém, não tinha conversado com ninguém. Aí com três dias ela já conversou, ela já foi melhorando..." (Maria)*

*"Olha, eu não sei assim se interferiu, se foi alguma coisa que já tava no meu coração, se foi porque eu sou Evangélica, mas com certeza a minha fé e a minha religião me ajudou sim! Me ajudou a ter força e paciência pra esperar que ele ficasse bom, e ele ficou, graças a Deus!" (Fátima)*

É perceptível a busca das famílias pelas forças através da espiritualidade para enfrentar os momentos difíceis. A oração e a fé no poder divino são vistas como formas de amenizar o sofrimento e encontrar coragem para superar as dificuldades, além de trazer esperança na possibilidade de restabelecimento das condições físicas e da saúde de seu ente querido.

A espiritualidade tem contribuído para a melhora do estado de saúde na medida em que também melhora o estado emocional por trazer esperança, perdão, altruísmo e amor. Speraw (2006) garante que a religião traz aspectos positivos para a unidade familiar uma vez que reforça os princípios de harmonia e união entre os seus membros. Além disto, transmite à família segurança, serenidade e, de certa forma, melhora o controle diante de situações estressantes que se revelam no decorrer da hospitalização. Quando se sentem impotentes diante da situação do filho as famílias recorrem às suas crenças e fé, esperando que um milagre aconteça em suas vidas (NÓBREGA et al., 2010).

## **Ressignificação**

Os pais, tão agredidos pelo trauma quanto a criança, retomam lembranças e experiências anteriores da relação estabelecida com o filho não por querer justificar os recentes acontecimentos traumáticos, mas por tentativa de fortalecimento emocional através de recursos internos próprios. O carinho, o zelo, e o afeto que já existiam anteriormente tendem a se potencializar. Outras perdas não são mais necessárias.

*“Ainda bem que lá em casa todo mundo sempre se deu bem, e o carinho com ela sempre foi muito forte... O pai dela era mais carinhoso ainda. Sempre que podia ele comprava um presentinho pra ela, uma lembrancinha, e tinha o cuidado de colocar em cima da cama dela, ou então esconder em algum lugar pra ela achar. Sempre foi cuidadoso com o material escolar dela, comprava tudo do mais bonito pra ela, do jeito dela, do jeito que ela queria...”(Joana)*

A família aprende com o trauma, o que é de suma importância para o bom andamento do tratamento e, principalmente, para a recomposição emocional do sujeito e seus familiares.

*“A gente não sabe como vai ser uma coisa dessa na vida da gente, porque na verdade a gente nem pensa que isso pode acontecer com a gente né? Você nunca viveu aquilo, nunca teve contato com ninguém com queimadura, então por mais doloroso que seja você nunca faz idéia de como vai ser! Você vai descobrindo assim a cada dia o que acontecia, a cicatriz amadurecia, e a gente ia indo também... Tudo foi acontecendo com nós assim descobrindo... Nós era inocente com essas coisas assim de queimado!”(Joana)*

*“A gente vai aprendendo a viver com a queimadura quando aceita ela e a cicatriz que ficou... Os médicos sempre diziam pra minha filha e pra gente que vai sarar de dentro pra fora. A ferida vai sarar de dentro pra fora!”(Maria)*

*“O acidente da minha filha me enfraqueceu demais , eu não dava conta de nada...Hoje não, eu tive que aprender a lidar com o sofrimento que eu sentia pra poder cuidar melhor da minha filha...”(Cristina)*

*“Agora eu já mudei muito, e já aprendi muita coisa. Por exemplo: hoje eu falo o que eu não quero, eu respondo. Eu sei parar as pessoas. Eu tenho o direito de não falar!”(Rafaela)*

Existe toda uma reflexão que envolve este processo. Passado a fase crítica do acidente os pais analisam seu próprios erros, e tentam se redimir dos mesmos. Um exemplo significativamente forte encontrado neste estudo foi de um pai, que reconheceu o erro ao culpar a mãe pelo trauma e então a pede desculpas.

*“Só que eu errei, e depois eu falei pra ela que eu errei... Mas na hora da raiva... Mas aí eu tava nervoso, e na hora que a gente chegou aqui no hospital, que eu vi ela sentada lá fora esperando eu chegar que fui ver o tamanho da injustiça que eu tava cometendo, porque ela é uma mãe competente, ela num tira o olho dos filho não... E ela olha certinho, ela cuida bem. Então eu falei pra ela você me perdoa, porque eu tava nervoso, e eu não tava falando coisa certa não...nem sei o que deu ni mim naquela hora, porque ela tava cuidando da casa e ninguém esperava isso!”(Carlos)*

Essa iniciativa pode ser um recomeço para a família que também está sofrendo pelo trauma, e a superação das dificuldades impostas permite o fortalecimento materno e familiar.

A experiência do trauma ressignifica a vida dos sujeitos que estão envolvidos nele. A princípio existe uma quebra de muitos valores, de crenças, que são substituídas temporariamente pela sensação de abandono e de incerteza. Estas questões são redimensionadas com o tempo, que ao tornar-se mais distante do trauma favorece a comunicação entre a família de um modo geral, fortalece a criança e conseqüentemente, a ajuda na sua reabilitação e reinserção emocional e social. Um estudo realizado por Almeida et al., (2010) revelou que quase todas as mães evidenciam as experiências vividas como um

aprendizado pessoal e relatam como consequência direta dessa experiência o fortalecimento e o crescimento pessoal, enquanto seres humanos e mães.

*“O sofrimento faz a gente olhar pra vida de outro jeito! Muda como a gente vê as coisas, a gente pensa que certas coisas não acontece com a gente, e acontece sim! Pelo menos eu me tornei assim mais consciente de muita coisa na nossa vida sabe? Parece que eu vivia naquele mundinho assim que era só meu e dos meus filhos, e eu custei a lutar. Parecia que só eu é que tinha problema, mas não era!”(Tereza)*

*“Meu esposo na época da gente pegar o menino, ele chegou a perguntar assim pra mim: como é que nós vamos pegar essa criança do jeito que a gente tá? fazer financeiramente pra cuidar dele, pra continuar trabalhando pra acudir as coisas que a gente acode hoje? E não foi fácil! E eu pensei: ó quer saber de uma coisa, Deus dá um jeito. Pra tudo tem um jeito. O que não pode é um inocente ficar igual a médica falou, deformado, sem tratamento, uma pessoa que não pediu pra ser queimado, pra sofrer tanto, e depois no futuro sofrer essas consequências todinhas aí, sendo que alguém poderia cuidar dele, continuar o tratamento dele. As outras coisas dá jeito, a gente ajesta. E foi dessa forma mesmo. Então depois dele a nossa vida melhorou muito, até a nossa vida financeira... Eu tive que parar de trabalhar, e mesmo assim a gente construiu. E outra, eu tive que superar a minha dor pra cuidar dele. Eu não deixei de fazer o que devi por causa da dor que ele sentia, por ver que ele chorava de dor. Eu acho que o amor verdadeiro é aquele que você faz mesmo que você sabe que tá doendo, mas que vai melhorar! E deus preparou ele pra nós! Foi difícil foi, mas foi uma coisa muito boa na nossa vida. E eu sei que ele ainda vai trazer muito mais alegria pra nossa vida... ( momento emocionante!)”(Fátima)*

A doença que agride uma pessoa quase nunca é vista como algo positivo. Na verdade, ela é um caminho, que pode ser positivo ou não, mas que precisa ser percorrido pelo indivíduo. Estes episódios levam a pessoa a repensar, a refletir sobre, a produzir sentidos para a experiência da doença, e

assim tentar reordenar a sua vida, enfrentando a situação que lhe agride e exige uma tomada de decisão. (SELLI et al., 2008).

*“Na medida que o tempo vai passando as coisas vão passando mais pra gente também. De uns anos pra cá ela ficou mais consciente sabe? A sequela ficou, mas ela já não importa mais com o que as pessoas falam... E até mesmo com a gente. Hoje ela conta muita coisa do que ela passou e não falava pra nós. Quando ela relembra ela chora... Fizeram minha filha sofrer muito, mas ela aprendeu a se defender, tanto é que ela já fala sobre coisas que antes ela não dizia!”(Joana)*

*“A gente teve que superar pra muita coisa, não foi só pra falar sobre o acidente não! Quando ele tava crescendo ele começou a me cobrar sobre umas coisas da vida dele, e eu tive que ir falando... Porque ele sempre perguntava pra mim, e eu sempre inventava uma desculpa. Mas aí eu fui vendo que precisava...e ele ficava deduzindo as coisas, ele dizia: você deixou eu com a babá? Porque que essa babá deixou eu queimar? Eu acho que ele já tava suspeitando já [...] um dia a gente vinha dentro do carro e a gente tava conversando sobre ela (a mãe biológica), eu e o pai dele, aí ele foi e falou assim: é mamãe, a minha mãe biológica? E eu falei assim surpresa: uai menino, que mãe biológica? Ai mamãe aquela mãe biológica que eu tenho...e eu fiquei assim, uai o quê que é mãe biológica meu filho? Uai mamãe, quando um neném nasce, aí daquela mãe que ele nasceu, que saiu de dentro da barriga dela, ela não quis o neném, aí aquela mãe ali é a mãe biológica... Aí passou, eu disfarcei a conversa...mas depois eu resolvi explicar pra ele tudo direitinho. Foi onde eu contei: sim meu filho, realmente você tem uma mãe biológica, que é uma mãe que você nasceu da barriga dela, mas aconteceu um acidente com você, ela descuidou, não foi porque ela quis, mas aconteceu o acidente. Mas eu sempre vinha cuidando assim, preparando ele e a gente pra contar pra ele. E na verdade eu me senti foi aliviada de tá falando a verdade pra ele. Porque eu tinha medo de ele chegar nessa verdade de forma distorcida.”(Fátima)*

*“Antes assim, quando ainda tava muito perto do acidente, eu nem gostava de falar nada. Meu marido queria conversar, acho que ele queria desabafar, mas eu não dava conta não! Pra mim conversar não ajudava não! Eu ficava era mais preocupada, imaginando coisas... Hoje é diferente! Minha filha tá com onze anos que eu pensei que ela não fosse chegar, tá entrando na adolescência com uma expectativa boa que o acidente não tirou dela. Então assim...está melhor!”(Rafaela)*

A união familiar em momento de dor e sofrimento é um elo de profunda significância, e isso foi descrito em grande parte dos depoimentos. Não se pode desconsiderar a perda do equilíbrio que normalmente acontece em uma família que é agredida subitamente por um trauma dessa natureza. A equipe de saúde precisa considerar o impacto significativo da queimadura sobre o conjunto familiar, e atentar-se para a garantia da manutenção das suas necessidades emocionais e de saúde de um modo geral.

Os depoimentos obtidos revelam que a intensificação da união familiar no momento de dor foi de extrema importância e interferiu positivamente no seu restabelecimento emocional, o que garantiu melhor participação desta na recuperação da criança.

*“Minha família é unida, feliz, faz tudo um pelo outro, graças a Deus sempre foi e continua assim...Meus filhos mesmo são muito apegados uns com os outros, e ficaram ainda mais depois do acidente, principalmente com ela, eles cuidam demais dela, são muito carinhosos, cooperam muito com tudo...” (Joana)*

*“A nossa família veio de Deus, aqui todo mundo se dá bem, e depois que ele chegou, nossa! Mesmo com toda dificuldade que a gente viveu ficou tudo melhor ainda. É bom demais a gente saber que tem pra ponde ir, pra quem pedir ajuda na hora da dificuldade...” (Fátima)*

*“Tem coisa que é muito bom acontecer assim quando tem uma coisa dessa na vida da gente! Eu mesmo, teve muito apoio do meu marido, da minha família...Ele nunca me cobrou nada, nunca me disse nada, nunca me julgou![...] E também assim: aqui em casa todo mundo*

*ajuda demais um e o outro, porque eu trabalho uns três dias na semana. Meus filhos até reclama, mas aí eu falo que eu trabalho pra dar as coisas pra ele, eles entendem...” (Cristina)*

Em meio a esse processo de suporte e apoio à família que cuida do doente é imprescindível o desenvolvimento de uma infraestrutura familiar favorável como tentativa de se evitar o desgaste natural advindo do cansaço e do estresse relacionado ao cuidado realizado. Desta forma, na medida em que familiares se dispõem a dividir as responsabilidades do cuidado pode haver um menor desgaste físico e mental para todos, o que repercute positivamente sobre a qualidade de vida de todos os envolvidos no cuidado domiciliar (ALMEIDA et al., 2006).

Superar as críticas e o preconceito sofrido, e a relação que estes tem com o trauma é um outro passo importante para a recuperação emocional da criança. Esta fase de reabilitação e readaptação social é considerada por muitos como de extrema dificuldade, pois traz desafios significativos de auto-aceitação e também de aceitação da sociedade em relação à criança queimada. Uma agressão tá forte à identidade pessoal do sujeito, representada pela sua imagem que sofre uma alteração tão profunda, pode provocar abalos de intensa profundidade. Mais uma vez se reafirma a importância do trabalho com a família em parceria com os profissionais de saúde.

*“O menino da escola que disse que jamais namoraria ela porque ela tinha a perna frita pediu ela em namoro um dia desses. Porque a minha é bem bonitona assim, grandona. Ela disse pra ele assim: não, eu continuo sendo aquela mesma menina da perna frita e feia. Isso alivia a gente, porque hoje ela sabe se defender, coisa que na época ela não sabia. Ela mesma diz: mãe eu já cresci, eu aprendi a me defender...”(Joana)*

*“Ela só fala o que quer e quando quer. Não adianta ninguém querer ficar incomodando ela não! A gente mora numa cidade pequena que todo mundo fica querendo saber da vida de todo mundo, e muita gente ainda procura a gente pra curiar as coisas. Se ela tá afim, ela fala. Se não, ela pede pra mudar de assunto mesmo...E sabe uma pessoa*

*que tudo que fazia faz ainda, tudo que era é? Ela não ficou aquela pessoa constrangida, vergonhosa. Ela mudou...”(Maria)*

*“Quando chamaram ele de queimadinho, torradinho, ele disse: eu não sou queimadinho não! Eu sofri queimadura e isso foi um acidente que também pode acontecer com você... Eu até reclamei ele pra não responder assim, mas ele disse que tinha que se defender. Eu fiquei um pouco feliz de ver que ninguém mais vai falar do meu filho sem ele se defender...Eu achei bom que ele não deixou se abater, e pensei o tanto que é bom ele tá instruído com isso!(Choro emocionado)(Fátima)”*

Seja como tentativa de escape, de fuga ou de sustentação na dificuldade, a família se apoia na condição de que o trauma e as dificuldades proporcionadas por ele são temporárias e não infinitas.

*“Graças a Deus a gente sabe que as dificuldades vão passar! Não passou tudo ainda porque foi muito grave o que a gente viveu, mas vai passar, eu sei disso! Hoje a gente vê como ela tá melhor, a cada dia que passa ela melhora, e assim a gente vai melhorando também...” (Joana)*

*“Essa dificuldade que a gente vive, que a gente viveu serviu pra mostrar pra gente que lá na frente a gente ia ficar bem, como a gente tá hoje, né? No momento ali era difícil, mas a gente sabia que ia passar dali. E passou!” (Fátima)*

*“Graças a Deus as coisas foi miorando. Ele voltou a estudar direito, num tá tendo mais reclamação dele na escola, nossa vida foi voltando pro lugar de pouco em pouco.” (Carlos)*

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados obtidos através da entrevista semi-estruturada permitiu compreender a vivência e a experiência dos familiares das crianças vitimadas pela queimadura frente ao processo do adoecimento e principalmente, da reabilitação pós-queimadura, e que se revelou com um acontecimento cercado de muita dor e sofrimento em diferentes esferas.. Este alcance do objetivo foi possível apenas pelo fato de ter havido uma interação significativa entre a pesquisadora e os participantes do estudo, obtida através de uma escuta respeitosa, atenta, mas questionadora, que buscava sempre a expressão de sentimentos subjacentes.

Foi possível identificar elementos que caracterizam a situação da queimadura na criança que corroboram com as que se encontraram descritas na literatura: os acidentes domésticos acontecem com maior frequência, envolvem as queimaduras por escaldadura em crianças cuja faixa etária predominante está abaixo dos cinco anos. Apesar de assustados diante da cena os pais mantiveram-se atentos e agiram com competência realizando os cuidados iniciais corretamente, o que contribuiu com o êxito do tratamento.

O impacto causado pelo trauma agrediu não somente as crianças queimadas, mas também, e não secundariamente, seus familiares. A criança, além da desfiguração estética e funcional, teve que superar as dificuldades impostas por uma sociedade que afirma a beleza física como uma necessidade a ser cumprida. Os pais, em meio ao desajuste conjugal e afetivo, financeiro e social, tiveram que lidar com as situações estressoras advindas do trauma, entre elas o lidar com o medo da morte do filho, o deslocamento ocasionado em virtude da hospitalização, e todo o desarranjo nas atividades da família, fossem elas sociais ou econômicas. Ainda assim, foram capazes de perceber aspectos positivos do trauma sobre a família, como a aproximação familiar e o fortalecimento das relações afetivas entre o casal.

Ficou evidente o aprendizado familiar após a vivência do trauma, e com o passar da fase crítica do acidente, a análise que fizeram dos seus próprios erros e sua tentativa de se redimir dos mesmos, refletiu positiva e significativamente na superação das dificuldades e fortalecimento familiar.

O apoio profissional expressivo durante a hospitalização e na reabilitação, a busca no refúgio espiritual e a inserção da família e da criança nas atividades promovidas pelo NPQ foram recursos fundamentais para a reorganização e ressignificação intra - familiar. Os pais afirmaram ter passado por momentos de grande sofrimento e dificuldades, e que o amparo religioso as deu otimismo e esperança para enfrentarem a recuperação do seu filho.

Os resultados trazem sentimentos muito expressivos, dolorosos, que refletem angústia, culpa, arrependimento, medo e desespero, mas que acima de tudo levaram os pais ao aprendizado. Além disto, nos remete à reflexão da necessidade de resgate do cuidar humanizado através da compreensão de que, além da criança queimada, este cuidado precisa ser estendido ao familiar, que é o cuidador junto a criança hospitalizada se desdobra nas atividades externas com as demais integrantes da sua família.

Extremamente importante é revelar que o contato com os pais, e em algumas situações com as crianças que foram vitimadas pela queimadura, levam-nos a reflexão de valores e conceitos que consideramos importantes nas nossas vidas, e que nem sempre o são realmente. A perda enfrentada por estas pessoas e as circunstâncias em que acontecem, atribui novo sentido às suas vidas, e vivenciar com os participantes os relatos desta importante etapa também nos faz refletir e ressignificar nossos próprios valores.

Entendemos que este estudo oferece contribuição significativa não somente para a equipe de enfermagem, mas também a multidisciplinaridade que envolve o atendimento em serviços especializados para a importância de se reverem as estratégias de acolhimento destinadas aos pacientes e familiares, adotando como modelo o empregado por esta instituição que permitiu a realização do estudo, visto que todos os participantes, sem exceção, se mostraram extremamente satisfeitos com o serviço ofertado e a qualidade do atendimento profissional. Ressalta-se ainda que a interação familiar – paciente - equipe precisa ser efetivada, permitindo que as informações dadas sejam de boa qualidade e não deixem lacunas na assistência oferecida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. I.; HIGARASHI, I. H.; MOLINA, R.C.M.; MARCON, S.S.; VIEIRA, T.M. M. O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, Abril, 2006.
- APPLEBY, T. Queimaduras. In: MORTON et al. **Cuidados Críticos de Enfermagem Uma Abordagem Holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap.53, p.1238-1260.
- ARRUNÁTEGUI, G.C.C. **Queimaduras com álcool em crianças: realidade brasileira e vulnerabilidades**. 2011. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo – USP, São Paulo.
- ASSIS, J. T. S. J. **Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por auto-agressão após a alta hospitalar**. Dissertação de apresentação à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2010 p.
- BARRETO, M.G.P.; MARTINS, M.C.V. Acidentes por queimaduras – ainda em evidência. In: PEREIRA, Maria Lúcia Duarte e MARTINS, Maria Ceci do Vale (organizadoras). **O conhecimento transdisciplinar em saúde da criança e do adolescente**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2005.
- BICHO, D.; PIRES, A. **Comportamentos de Mães de Crianças Hospitalizadas Devido a Queimaduras**. Análise psicológica, 1 (XX): 2002 p. 115 a 129.
- BORGES; CARVALHO, O. **Manual de pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BRANDEN, N. Autoestima: como aprender a gostar de sim mesmo. 18 ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Saúde. Ano VI, 152. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, nº 4, p.427-430, agosto, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante [Internet]. Brasília; 2004.
- BRITO, M. E. M.; DAMASCENO, A. K. C.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, L. J. E. S. **A cultura do cuidador familiar à criança vítima de queimaduras**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 12 (2), doi: 10.5216/ ree. v12 i2.7457; 2010, p.321 a 325.

BRUNETTO, C. **Análise de Pacientes Vítimas de Queimaduras Tratados em Nível Ambulatorial no Hospital Infantil Joana de Gusmão.** 2004.44p. Monografia – Universidade Federal de Santa Catarina.

CARLUCCI, V. D. S. et al . A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, Mar. 2007

CARVALHO, F.L.; ROSSI,L.A.; SILVA, C.L.C. **A Queimadura e a Experiência do Familiar frente ao Processo de Hospitalização.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Junho, 2008. 29 (2): 199-206.

CARVALHO, F.L. O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. Dissertação de Mestrado- Universidade de São Paulo - RIBEIRÃO PRETO, SP 2006.

CARVALHO, F.L. Significados da Reabilitação: perspectivas de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares. 2011.Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo - RIBEIRÃO PRETO, SP.

CARVALHO, F.F.P. Crianças Vítimas de Queimaduras: Causas e circunstâncias no contexto domiciliar. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade estadual do Ceará, Ceará – CE.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada:** Guia Prático para a Análise Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DAMASCENO, A.K.C.; BARROSO, M.G.T. **Diagnóstico epidemiológico de Queimaduras em Crianças.** Revista Nursing, v.68, n.7, Janeiro, 2004.

DANTAS, C.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S.; STIPP, M.A.C. **Teoria Fundamentada nos Dados – Aspectos Conceituais e Operacionais:** Metodologia Possível de ser Aplicada na Pesquisa em Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, Ago. 2009.

Deslandes, S. F. Organizador. **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DIAS, F. M.; AFONSO, A.; SÁ, T. S. B.; MARCELINO, A. L.; SANTOS, M. J.; MORITA, A. B. P. S. **A criança vítima de queimadura e sua dor no momento da realização de procedimentos diários:** uma revisão bibliográfica. Janus, Lorena, v. 5, n. 8, jul./dez., 2008p.33 a 43.

FERREIRA, L. A.; **Ser mãe no mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo.** [tese].Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2006 p. 01 a 83.

FONSECA, Eneida Simões. **Aspectos da Ecologia da Classe Hospitalar no Brasil.** Trabalho apresentado na 21ª reunião Anual da associação Nacional de pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Caxambu, MG: 20 a 24 de setembro,1998.

FRANCO, M.L.P.B. Análise do Conteúdo. 2ª ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

GASQUOINE, S. Mothering a hospitalized child: it's the little things that matter. *Child Health Care*. 2005; 9 (3): 186-95.

GOMES, I. L.. **Enfermagem Pediátrica: Distúrbios, Intervenções, Procedimentos, Exames Complementares e Recursos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 144 a 147.

GOMES, D.R.; SERRA, M.C.V.F. Fisiologia e Fisiopatologia. In: \_\_\_\_\_ **A Criança Queimada**. Teresópolis: Eventos, 1999, p. 29-41.

GOMES, D.R. Infecção na Criança Queimada. In: Serra, M.C.V.F. **A Criança Queimada**. Teresópolis: Eventos, 1999, p.117-125.

GOYATA, S. L. T.; ROSSI, L. A.; DALRI, M. C. B.. **Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, Feb. 2006, p. 103.

HENWOOD, K.; PIDGEON, N. **A Teoria Fundamentada**. In: Breakwell, G.M et al.(org.) *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. (pp. 340-361). ARTMED, São Paulo, 2010.

HORRIDGE,G. COHEN,K. GASKELL,S. BurnEd: Parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education. *Burns* 36 (2010) 630–638.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997 p. 892 a 896.

JESUS, P.B.R.; BRANDÃO, E.S.; TEIXEIRA, E.R. **Influências da Autoimagem na Vida dos Clientes com Afecções Cutâneas Hospitalizados**. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. Vol. 4, Nº. 2, 2012.

JUSTI, E.M.Q.; BOLSANELLO, M.A. **ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM NECESSIDADES ESPECIAIS INTERNADO EM PEDIATRIA DE QUEIMADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**. Programa de Pós-graduação Universidade Federal do Paraná . Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, 127 p., 2003.

KOESTER, R.. **Emergência Pediátrica: Primeiras medidas no atendimento pré-hospitalar**. 1ª Ed. – São Paulo: Rideel, 2010, p.116 a 118.

LAPORTE, G.A.; LEONARDI, D.F. **Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras**. *Rev. Bras. Queimaduras*. 2010; 9(3): 105-114

LEAO, C.E.G. **Escarotomias**. In: Gomes, D.S., Serra, M.C.V.F. *A criança queimada*. Teresópolis: Eventos, 1999, p.171-175.

LEONARDI, D.F.; PEREIRA, M.J.L. Queimadura não-acidental na infância. In: LIMA JR., E.M. ; SERRA, M.C.V. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MACEDO, L. R.; LAIGNIER, M. R.; MACEDO, C. R. **Queimadura infantil: motivo de alteração do comportamento familiar?** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde [Internet] 12(1): 2010 p. 40 a 46.

MANCUSO, M. G.; BISHOP, S.; BLAKENEY, P.; ROBERT, R.; GAA, J. **Impact on the family: psychosocial adjustment of siblings of children who survive serious burns**. J. Burn Care Rehabil., Lake Forest, v. 24, no. 2, p. 110-118, Mar./Apr. 2003

MARCONI, E.M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, C.B.G.M.; ANDRADE, S.M. **Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade**. Acta Paul Enfermagem. 2007;20(4):464-9.

MAZZI, L.; FERREIRA, L. A.; BITTENCOURT, M. N.. **Aspectos emocionais da mãe em relação ao filho queimado após a alta hospitalar**.Ver. Saúde Coletiva, vol.44, n.7, Editorial Bolina, Brasil, 2010 p. 232 a 236.

MENDONÇA, V.S. **Sofrendo entre Quatro Paredes**: Relatos de mães Acompanhantes dos Filhos Hospitalizados. Revista Eletrônica de Psicologia Política. V.7, n.19, abril 2009.

MENESES, T. C. V. **Queimaduras em pediatria e aprendizagem experimental das famílias**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. 2007 p.69.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269p.

MOLINA, R.C.M.; FONSECA, E.L.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Rev.Esc. Enferm. USP, 2009; 43(3): 630-8.

MONTEIRO, C. F. S.; BATISTA, D. O. N. M.; MORÃES, E. G. C.;MAGALHÃES, T. S.; NUNES, B. M. V. T.; MOURA, M. E. B. **Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2008 p. 330-335.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; SOUSA NETO, A. L. de. **Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011.

NÓBREGA, V. M.; COLLET, N.; SILVA, K.L.; COUTINHO, S. E.D. **Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica**. Rev. Eletr. Enf.

[Internet]. 2010;12(3):431-40. Available from:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>.

OLIVEIRA, F. P. S.; FERREIRA, E. A. P.; CARMONA, S. S. **Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento**. Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano 19(1): 2009 p. 19 a 34.

OLIVEIRA, R. G. **BLACKBOOK: Pediatria**. Belo Horizonte: Editora Black Book, 2005, p.571 a 573.

OTHERO, M. B.; CARLO, M. M. R. P. **A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil: Desafios para a terapia ocupacional**. Prática hospitalar, nº47, ano VIII, São Paulo, 2006.

OYAMA, T. Os riscos a que nossas crianças estão expostas. Veja, São Paulo, no 18, p. 120-127, maio 2000.

PAIVA, S.S. Paciente Queimado: o primeiro atendimento em um serviço público de emergência. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1997.

PARADA, Meire; TEIXEIRA, Solange. **Maquiagem e camuflagem**. Moreira Jr, São Paulo, 2010. Disponível em:  
<[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=3887&faseimprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=3887&faseimprime)>.

PARENTE, Rita. **Camouflage cosmético: um truço soprattutto psicológico**. Disponível em: <<http://it.doctmag.com/dermo-estetica/camouflage--cosmetico--un--trucco--soprattutto--psicologico>>.

PASCHOAL, S. R. G.; NASCIMENTO, E. N.; PEREIRA, D. M.; CARVALHO, F.F. **Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas**. Revista Paulista de Pediatria, 25(4): 331-6, 2007.

PAULA, E.S.; NASCIMENTO, L.Ç.; ROCHA, S.M.M. **Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2009. jan-fev; 62(1): 100-6.

PINTO, J.M.; MONTINHO, L.M.S.; GONÇALVES, P.R.C. **O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família**. Rev. Referência, Coimbra, v.2, nº 6, p.69-76, 2008.

RIBEIRO, N.R.R. A família enfrentando a doença grave da criança. In: ELSEN I, MARCON S.S.; SILVA, M.R.S., organizadores. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá. EDUEM: 2004. p.183-197.

RICHERT, A.P.S.; SILVA, S.L.F.; COSTA, T. N. A. **A Prática de Mães na Prevenção de Acidentes na Infância com Crianças de 0 a 5 anos de idade**. Revista Nursing, v.62, n.6, Julho 2003.

ROCHA, H.J.S; LIRA, S.V.G.; ABREU, R.N.D.C.; XAVIER, E.P.; VIEIRA, L.J.E.S. **Perfil dos acidentes por líquidos aquecidos em crianças atendidas em centro de referência de Fortaleza.** RBPS. 2007;20(2):86-91

ROMANO, B.W. **A família e o adoecer durante a hospitalização.** Ver. Soc. Cardiologia. Est. São Paulo, São Paulo, v.7, n.5, p.58-62, Set-out. 1997.

ROSSI, L. A. **O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares.** Rev. esc. enferm. USP vol.35 nº.4 São Paulo, 2001 p.336 a 345.

ROSSI, L. A.; FERREIRA, E.; COSTA, E. C. F. B.; BERGAMASCO, E. C.; CAMARGO, C.. **Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, Feb. 2003, p.37.

ROSSI, L. A.; BARRUFFINI, R. C. P.; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M.. **Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil.** *Rev Panam Salud Publica* [online]. vol.4, n.6, 1998 p.402.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. **Espiritualidade e saúde.** Einstein: Educ Contin Saúde. 2008;6(3 Pt 2):135-6.

SACRAMENTO, A.L. **Terapia Nutricional na Criança Queimada.** In: Gomes, D.R., Serra, M.C.V.F. A criança queimada. Teresópolis: Eventos, 1999, p.99-106.

SCHULTZ, L. F. A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho. Dissertação Mestrado em enfermagem. Universidade Guarulhos, 2007.

SERRA, M.C.V.F. A Criança Queimada. In: GOMES, D,R.; PELLON, M.A. Queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. Cap.6.

SERRA, M.C.; GOMES, D.R. A Criança Queimada. Teresópolis: Eventos, 1999.

SERRA, M.C.F.; GOMES, D.R.; CRISÓSTOMO, M.R.; SERRA, A.S. Cálculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar. In: LIMA JR., E.M.; SERRA, M.C.Valle. **Tratado de queimaduras.** São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SILVA, B.P. A enfermagem e os Aspectos Importantes da Criança Queimada. In: A Criança Queimada. Serra, M.C; Gomes, D.R. Eventos editora, 1999.

SILVA, M. F.; SILVA, M. J. P. **A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras.** Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 38, n. 2, June 2004 .

SILVA, M.A.L.. **Queimaduras Especiais na Criança.** In: Gomes, D.R., Serra, M.C.V.F. A criança queimada. Teresópolis: Eventos, 1999, p.177.

SILVA, R.C.C.; SAMPAIO, J.A.; FERREIRA, A.G.N.; XIMENES NETO, F.R.G.; PINHEIRO, P.N.C. **Sentimentos das Mães Durante a Hospitalização dos**

**Filhos:** Estudo Qualitativo. São Paulo, 2010. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. V.10, n.1, p.23-30.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, M. A. M.; GERELLI, A. M.; AMORIM, A. S. **Enfermagem, cuidados básicos ao indivíduo hospitalizado**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p.453.

SOUZA, L.J.E.X.; BARROSO, M.G.T.B. **Revisão Bibliográfica sobre Acidentes com Crianças**. Rev. Esc. Enf. USP, v.33, n.22, p. 107-12, jun. 1999.

Sociedade Brasileira de Queimaduras. Disponível no site: <http://www.sbqueimaduras.org.br> . Acesso em 13 de março de 2012.

SPERAW, S. **Spiritual experiences os parents and caregivers who have children with disabilities or special needs**. Issues Ment Health Nurs 2006; 27: 213-30.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento da Teoria Fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.288.

TREVILATO, G..**Guia Prático de Primeiros Socorros; O que fazer em casos de emergência**. 1ª Ed. – Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira, 2001, p.176.

TREVISAN, E.M.B.M. A dinâmica satisfação-sofrimento e a qualidade de vida no trabalho de uma equipe de saúde no atendimento à criança queimada. Tese.2005.

VALE, E.C.S. Primeiro Atendimento em Queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2005; 80(1):9-19.

VARELA, M. C. G.; VASCONCELOS, J. M. B.; SANTOS, I. B. C.; PEDROSA, I. L.; SOUSA, A. T. O.. **Processo de cuidar da criança queimada: vivência de familiares**.Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 5, Oct. 2009, p.724.

VENDRUSCULO, T. M.; BALIEIRO, C. R. B.; GUANILO, M. E. E.; JUNIOR, J. A. F.; ROSSI, L. A. **Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. Mai-jun 18(3). 2010 p. 157 a 164.

VIANA, F.P.; RESENDE, S.M.; TOLÊDO, M.C.; SILVA, R. C. Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia – Goiás. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):779-84. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a02.htm>.

WHALEY & WONG. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª Ed.Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999 p.337, 982 a 984 e 994.

WERNECK, G. L.; REICHENHEIM, M. E.; CARPEGGIANI, R. **Aspectos psicológicos das queimaduras**. In: GOMES, D.R.; SERRA, M.C.; PELLON, M. A. Queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, p. 227-230.

WILLEBRAND, M.; ANDERSSON, G.; KILDAL, M.; GERDIN, B.; EKSELIUS, L. Injury-related fearavoidance, neuroticism and burn specific health. Burns, v. 32, p. 408-415, 2006

## ANEXOS

**ANEXO A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

“SENTIMENTOS QUE ENVOLVEM O CUIDAR DA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA.”

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO com o CAAE nº 01489812.9.0000.0037 e Parecer de Aprovação nº 28931.

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você poderá ler este documento e receberá orientações sobre a realização do mesmo, para a compreensão de todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora secundária deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

A Sr (a) é convidada a participar do projeto cujo título é “Os sentimentos que envolvem o cuidar da criança vítima de queimadura” que tem como objetivo geral: investigar a realidade frente à situação de hospitalização da criança queimada, e como objetivos específicos: caracterizar o perfil sócio demográfico dos pais destas crianças, identificar como e em que condições ocorreram a queimadura na criança, conhecer a conduta adotada a partir do momento do acidente, conhecer os sentimentos vivenciados frente ao processo que culminou no acidente e conseqüente hospitalização, além de verificar a adoção de medidas preventivas contra tais acidentes.

Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, para tanto, necessitamos que responda a entrevista em anexo. A coleta dos dados será realizada com a utilização de um gravador, e posteriormente as informações serão transcritas na íntegra permitindo a análise do material obtido. Tais dados serão arquivados por cinco anos e após este período serão incinerados.

Este estudo apresenta o risco de abalo emocional para você, que ao retomar as lembranças do acidente que vitimou seu filho pode apresentar-se emocionalmente fragilizado(a). Não haverá riscos ou prejuízos a sua integridade física e moral. O risco é de abalo emocional, uma vez que o objetivo norteador desta pesquisa é conhecer o sentimento de quem já vivenciou o trauma por queimadura em família. A pesquisadora irá interromper a sessão de entrevista imediatamente caso vocês se manifestem emocionalmente abaladas. Nesta situação, serão encaminhadas ao serviço de atendimento psicológico no Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado à **Rua 232 nº 128, 2º andar. Setor Universitário. Goiânia- Goiás. (Próximo à Praça do Botafogo) Telefone: 3946-1198 E-mail: [cepsi@pucgoias.edu.br](mailto:cepsi@pucgoias.edu.br)**

Em caso de constrangimento dos sujeitos investigados a entrevista será suspensa em caráter definitivo. Caso você considere que esta entrevista lhe gere algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Todas as despesas financeiras relativas a realização da pesquisa será de responsabilidade da pesquisadora, não implicando em qualquer custo aos participantes.

Sua participação é voluntária e caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa não haverá nenhum dano ou prejuízo. Conforme previsto pela resolução 196/96 que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto por conta do mesmo este será ressarcido pela pesquisadora responsável.

A Sr. (a) terá acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador desta pesquisa é o Professor Doutor Luc Vandenberghe.

Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida, ou necessidade de falar com os pesquisadores sobre a Ética da Pesquisa, ou quaisquer outras questões entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), pelo telefone (62) 3946 1070, ou com os pesquisadores. Estas ligações para a pesquisadora poderão ser feitas a cobrar, da seguinte maneira: **Ligação local - 9090-32842345.**

**Ligação interurbana - 90+ 21+ 77+81143945. Celular local: 9090 – 93983708.** Os seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações (fitas, entrevistas, etc.) ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Para deixá-lo mais tranquilo o seu nome será trocado por pseudônimos e não será revelado em hipótese alguma, a fim de resguardar o anonimato.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

**DECLARO TER SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES QUE LI OU QUE FORAM LIDAS PARA MIM. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO E PODEREI RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO SEM QUALQUER DANO OU PREJUÍZO.**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_,  
após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

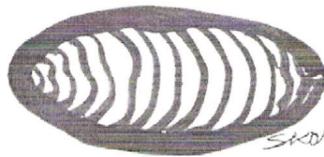
---

Prof. Dr. Luc. Vandenberghe  
Pesquisador responsável

---

Joelma de Matos Viana  
Pesquisadora Participante

## ANEXO B



Núcleo de Proteção aos Oncoimódoles

## Declaração

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa “ **SENTIMENTOS QUE ENVOLVEM O CUIDAR DA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA**” de responsabilidade do pesquisador **JOELMA DE MATOS VIANA** e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Goiânia, 09 de Maio de 2012-05-08



Dr.ª Maria Thereza Sarto Piccolo  
Diretora Geral

Maria Thereza Sarto Piccolo  
Diretora Geral

**ANEXO C****PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PUC/GO**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás**PROJETO DE PESQUISA****Título:** SENTIMENTOS QUE ENVOLVEM O CUIDAR DA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA.**Área Temática:****Pesquisador:** JOELMA DE MATOS VIANA**Versão:** 1**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás -  
PUC/Goiás**CAAE:** 01489812.9.0000.0037**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 28931**Data da Relatoria:** 16/05/2012**Apresentação do Projeto:**

O projeto em referência é um projeto para dissertação de mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC - Goiás.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar os sentimentos vivenciados por pais ao terem um filho vitimado por queimadura.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A análise dos riscos e benefícios está bem descrita tanto no corpo do projeto quanto no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Serão entrevistados pais de crianças vítimas de queimaduras sobre suas percepções do ocorrido utilizando entrevistas semi-estruturadas. As respostas serão analisadas pelo método de análise de conteúdo denominado de Teoria Fundamentada nos Dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados de forma satisfatória.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há nada a ser modificado no projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O comitê de ética acata o parecer do relator conforme a resolução 196/96 e indica a necessidade da submissão do relatório final ao CONEP.

GOIANIA, 30 de Maio de 2012

---

Assinado por:  
Dwain Phillip Santee

## APÊNDICES

## APENDICE A

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### PARTE 1 – Caracterização das participantes:

Idade: \_\_\_\_\_ D/N: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) S ( ) C ( ) U. E ( ) V ( ) D ( ) Outros.

Nº de filhos: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Analfabeta ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino fundamental incompleto \_\_\_\_\_ ( ) ensino médio completo ( ) ensino médio incompleto \_\_\_\_\_ ( ) ensino superior completo ( )

Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalha atualmente: ( ) sim ( ) não

Trabalhava quando ocorreu o acidente? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, que função desempenhava e quantas horas trabalhava por dia?

\_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

#### PARTE 2 – Dados clínicos da vítima de queimadura:

Idade do menor quando ocorreu o acidente : \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_

sexo: \_\_\_\_\_

Data da queimadura: \_\_\_\_\_ Tempo de internamento: \_\_\_\_\_

Agente etiológico: \_\_\_\_\_

Área atingida: \_\_\_\_\_

SCQ: \_\_\_\_\_

#### PARTE 3 – Questões norteadoras:

3.1 - Conte-me sobre o acidente que vitimou o seu filho.

3.2 - Que providências foram tomadas após o acidente?

3.3 - Qual o seu sentimento em relação ao ocorrido?

3.4 – Fale-me sobre a hospitalização do seu filho.

3.5 - Você passou a tomar medidas preventivas contra novos acidentes desta natureza?

3.6 – Que mudanças o acidente que vitimizou o seu filho trouxe para a sua vida e da sua família? Como tem sido a vida de vocês?

3.7 – Fale-me sobre sua vivência no Núcleo de Proteção aos Queimados desde a sua chegada e as mudanças que esta participação trouxe para sua vida.