

TERESINHA DE JESUS ABREU DE SOUZA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES E A ETIOLOGIA
DAS QUEIMADURAS PELA PERCEPÇÃO DE PACIENTES E
FAMILIARES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA
TRATAMENTO DE QUEIMADOS EM MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE
2015

TERESINHA DE JESUS ABREU DE SOUZA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES E A ETIOLOGIA
DAS QUEIMADURAS PELA PERCEPÇÃO DE PACIENTES E
FAMILIARES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA
TRATAMENTO DE QUEIMADOS EM MATO GROSSO DO SUL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutora.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

CAMPO GRANDE
2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

TERESINHA DE JESUS ABREU DE SOUZA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES E A ETIOLOGIA DAS QUEIMADURAS PELA PERCEPÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DE QUEIMADOS EM MATO GROSSO DO SUL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutora.

Resultado _____

Campo Grande (MS), 09 de outubro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (Orientador / UFMS)

Prof.^a Dr.^a Iane Franceschet de Souza (UEMS)

Prof.^a Dr.^a Danielle Bogo (UFMS)

Prof.^a Dr.^a Iandara Schettert Silva (UFMS)

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Ivo (UFMS)

Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos (Suplente / UFMS)

DEDICATÓRIA

Ao Deus vivo
que existe dentro de mim!

Ao meu marido e companheiro Gonçalo, que
sempre compartilhou com minhas reflexões e anseios

Aos pais, Elvira e Sebastião (*inmemorian*),
pelo amor incondicional

Aos meus filhos, Mauricio e Gilda, por compartilharde
minhas alegrias e tristezas

Aos meus netos, Marcus Vinicius e Laís,
que pela alegria, não me falte um sonho pelo qual lutar.

AGRADECIMENTOS

Por detrás de cada passo, cada conquista, existem pessoas especiais que auxiliam e engrandecem ainda mais nossas realizações. Por isso, nesse sonho que se concretiza, deixo meus sinceros agradecimentos.

Ao orientador, Prof. Dr. Paulo Haidamus, pela sua paciência, compreensão e colaboração, requisitos essenciais para construção desse projeto.

À Banca Examinadora pelo carinho e suas ricas sugestões para finalização deste trabalho.

Aos professores deste Programa, pela dedicação a mim dispensada. Em especial, aos doutores PetrMelnikov e Ricardo Aydos.

À Evelyn Pinho Ferro e Silva, Secretária Executiva do Comitê de Ética, pelo carinho, apoio e atenção durante este caminhar.

Ao Prof. Dr. Ronaldo Maciel, pela inestimável assessoria em traduções e informática, pela sua amizade e valiosa colaboração durante a realização desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Kleder Gomes de Almeida, pelas contribuições dadas ao trabalho.

À enfermeira Maria Aparecida de Oliveira do Amaral, pela disponibilidade das informações dadas.

À secretária do Programa, Aurea Soares Gobi, pela dedicação sempre que solicitada.

À Vera Nascimento Silva, ex-secretária do Programa, pela presteza com que sempre me auxiliou durante o curso.

Aos pais e profissionais do Setor de Queimados do Hospital que contribuíram com as informações necessárias para concretização do estudo.

A todas as crianças e adolescentes, que mesmo hospitalizados, se permitiram sonhar.

Aos parentes e amigos, por me incentivarem e apoiarem sempre.

A todos vocês, meu muito obrigado, por contribuírem para esse tão sonhado momento.

Um amigo me chamou para cuidar da sua dor.
Guardei a minha no bolso e fui.

Fernando Abreu, poeta

O tratamento do queimado representa, até hoje,
um grande desafio, envolvendo a participação ativa
e empreendedora de muitos profissionais,
médicos e paramédicos, constituindo
um verdadeiro corpo multidisciplinar,
cujo objetivo final é salvar a vida, conservar a função e reconduzir
o paciente ao convívio social.
Este é um universo de poucos heróis.

Prof. Dr. Ivo Pitangui

RESUMO

Souza TJA. Perfil Sociodemográfico dos Pacientes e a Etiologia das Queimaduras pela Percepção de Pacientes e Familiares em um Centro de Referência para Tratamento de Queimados em Mato Grosso do Sul. Campo Grande; 2015. [Tese - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, UFMS].

O presente estudo abordou a questão da hospitalização de 13 pacientes, crianças e adolescentes, enfocando especificamente o paciente queimado internado em um Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ). O objetivo geral foi o de conhecer o perfil sociodemográfico e etiológico destes pacientes. Para atender os objetivos da pesquisa foi utilizado o método de investigação de Estudo de Caso com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado com 9 pacientes do gênero masculino e 4 do gênero feminino. Quanto à etiologia, 1 sujeito se queimou por brasa; 4 por álcool combustível; 2 por eletricidade; 2 por álcool a 46°; 2 por gasolina e 2 por querosene. Os acidentes causaram queimaduras de gravidades diversas, sendo 1 de 1º e 2º graus, 7 de 2º e 3º graus e 5 de 3º grau. O tempo de internação variou de 15 a 75 dias. As idades dos pacientes variaram entre 1 ano e 8 meses a 18 anos. Quanto à escolarização, com exceção do paciente mais novo, todos frequentavam a rede de ensino. Quanto ao nível socioeconômico das famílias, a maioria tem uma renda familiar de até dois salários mínimos, que não são suficientes para o sustento. Quanto ao nível socioeconômico, encontrou-se 2 mães como diaristas; 2 pais com emprego registrado e 8 autônomos. Na relação familiar, 2 sujeitos moram com as mães e 11 com seus pais. A dor foi o elemento mais relevante de estresse. Os sentimentos de culpa e ansiedade foram os que mais predominaram por parte dos familiares. A religiosidade foi de suma importância na hospitalização. Considera-se que este é um problema de saúde pública, necessitando da elaboração de políticas públicas educacionais e sociais com o objetivo de sensibilizar para promover mudanças, visando a prevenção de queimaduras.

Palavras-chave: Queimaduras. Dor. Estresse. Hospitalização. Prevenção.

ABSTRACT

This study dealt with the issue of hospitalization of 13 patients, children and adolescents, specifically focusing on the burned patient admitted to a Burn Treatment Center (BTC). The overall objective was to know the socio-demographic and etiologic profile of these patients. To meet the research objectives we used the case study research method with qualitative approach. The study was conducted with 9 male gender and 4 female gender patients. As for etiology, 1 subject guy got burned by ember; 4 by combustible alcohol; 2 by electricity; 2 by alcohol to 46 degrees; 2 by gasoline and 2 by kerosene. The accidents caused various severities of burns, being 1 of 1st and 2nd degrees, 7 of 2nd and 3rd degrees and 5 of 3rd degree. The length of stay ranged from 15 to 75 days. The patients' ages ranged from 1 year and 8 months to 18 years. As for schooling, except for the youngest patient, all attended the school system. As for socioeconomic level of families, most have a family income of up to two minimum wages, which are not enough. Regarding socioeconomic level, it was met 2 mothers working as day laborers; 2 parents with formal jobs and 8 autonomous. About the family relationship, 2 subjects live with their mothers and 11 with their parents. Pain was the most important element of stress. Feelings of guilt and anxiety were the most predominant among family members. The religion was very important during hospitalization. It is considered that this is a public health problem that require the development of educational and social policies in order to draw attention to promote changes whose purpose are the prevention of burns.

Keywords: Burns. Pain. Stress. Hospitalization. Prevention.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Histórico do atendimento a pacientes com trauma térmico	17
3.2 Arquitetura da pele	22
3.3 Etiologia da queimadura e métodos terapêuticos	23
3.4 Complicações da queimadura	26
3.5 Stress do paciente vitimizado por queimadura	29
3.6 Dor e a fisiopatologia do trauma térmico	33
3.7 A percepção do paciente queimado na hospitalização	36
3.7.1 Qualidade de Vida (QV)	36
3.7.2 A Percepção do Corpo	43
3.7.3 Hospitalização	45
4 OBJETIVOS	50
4.1 Objetivo Geral	50
4.2 Objetivos Específicos	50
5 METODOLOGIA	51
5.1 Abordagem qualitativa: alguns prévios esclarecimentos	51
5.2 Desenho do Estudo	52
5.2.1 Estudo de Caso.....	52
5.3 Participantes	55
5.3.1 Critérios de inclusão	55
5.3.2 Critérios de exclusão	55
5.4 Local da Pesquisa	55
5.5 Procedimentos da Pesquisa	56
5.6 Critérios Éticos da Pesquisa	57
6 APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL DOS CASOS: RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
1º Caso	59
2º Caso / 3º Caso	61
4º Caso	64
5º Caso	66

6º Caso	69
7º Caso	71
8º Caso	74
9º Caso	75
10º Caso	79
11º Caso	82
12º Caso	84
13º Caso	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
ANEXO	101
Anexo I - Autorização	101
APÊNDICES	102
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
Apêndice II - Questionário Sociodemográfico	104
Apêndice III - Documento de Protocolo do Sujeito	106

1 APRESENTAÇÃO

Nesses 48 anos atuando na área de Educação, tive oportunidade de vislumbrar vários segmentos educacionais, em que precisei buscar conhecimentos em outras disciplinas. No Rio de Janeiro, trabalhei durante 24 anos em sala de aula com alunos que apresentavam um alto grau de comprometimento de aprendizagem e na conduta social.

Verifiquei que para estimular o desejo destes alunos pelo ato de aprender, foinecessário uma investigação psicossocial, à procura da história destes indivíduos, como eles se viam no grupo, na escola, comigo e como viam a questão da autoridade.

Este foi o ponto de partida usado para estimular o desejo desses alunos para aprenderem. Como vim de uma formação educacional piagetiana, já trazia na bagagem acadêmica a atenção para a necessidade de que ações educativas recebessem um enfoque interdisciplinar por meio da conexão entre Ciência da Educação e as disciplinas que lhe são afins.

Percebendo que muitos deles tinham acompanhamento de psicólogo, neurologista, psiquiatra e fonoaudiólogo, minha postura profissional foi de fazer um trabalho pedagógico junto a esses profissionais da saúde.

Desde então, meu trabalho sempre se pautou em uma atuação interdisciplinar, com o objetivo de trocar informações com outros profissionais para que estes, também, acompanhassem o desenvolvimento pedagógico educacional de seu paciente e pudessem avaliar sobre as terapias, medicamentosas ou não, por eles usada.

Ao chegar em Campo Grande, fui convidada a desenvolver um projeto de alfabetização com adultos, pais de alunos da Sociedade Pestalozzi. Pedi que os alunos escolhessem temas que fossem de interesse deles, como exemplo, por que nossos filhos nascem com esses problemas?

A alfabetização se ateve às questões de saúde. Mais uma vez encontrava-me na interface da Educação e Saúde. Como tinha formação em Psicopedagogia Clínica e Institucional, fui convidada a fazer um trabalho de desenvolvimento e aprendizagem com crianças e adolescentes que apresentavam autismo, síndrome de Down e deficiência intelectual em uma Clínica com diferentes profissionais de Saúde.

Em 1997, uma psicóloga do então Centro de Educação Especial do Estado de Mato Grosso do Sul, por conhecer meu trabalho na Clínica, indicou meu nome por eu também ser especialista em Educação Especial.

A vaga oferecida era para atender, na Classe Hospitalar deste Estado, crianças e adolescentes em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ).

A equipe interdisciplinar deste CTQ achou por bem inserir o atendimento pedagógico da Classe Hospitalar no Protocolo de Atendimento do Centro como uma das terapias não farmacológicas.

Neste Protocolo do Paciente Vítima de Trauma Térmico está prevista a utilização dos serviços da Classe Hospitalar, conforme o estabelecimento legal Estadual e Federal, com objetivo de possibilitar continuidade de escolarização de crianças e adolescentes internados, ensejando assim uma melhor readaptação à sociedade.

Trata-se de uma pedagogia preocupada com os demais processos de escolarização e com a valorização às diferenças, levando em consideração a emoção, a afetividade, para que possam se mesclar ao processo de aprendizagem.

Entendo o vínculo escola hospitalar/aluno como uma interação social, com conotação afetiva junto ao paciente queimado, seguindo um processo cuja matriz é vincular e lúdica e sua raiz, corporal. Fazer do conhecimento uma relação dialética entre referencial corpóreo, cognitivo e emocional, para favorecer o sucesso no processo específico de aprendizagem acadêmica.

Deste modo, realiza-se assim a construção do elo aluno/hospital/família/escola para a integração do atendimento pedagógico educacional ao Projeto de Humanização desta Instituição Hospitalar.

2 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda a questão da hospitalização infanto-juvenil, enfocando especificamente o paciente queimado, internado no Centro de Queimados.

Percebe-se o entrelaçamento de fatores psicológicos e somáticos que são responsáveis por diversos problemas. O sujeito que tem seu corpo queimado precisa voltar a moldá-lo, precisa encontrar (reencontrar) o seu eu corpóreo, sua identidade; permitir que aflore de dentro deste ser uma gama de emoções, sentimentos, aspirações e desejos que favoreçam seu desenvolvimento cognitivo, sair de uma desorientação. Neste processo, conta-se com apoio efetivo dos profissionais do setor.

Nesses últimos dezesseis anos atuando no atendimento pedagógico junto à Unidade de Queimados, observa-se sempre a busca de suporte na Psicologia, Psicomotricidade, Psicanálise, Neuropsicologia, Educação e outras áreas afins. Em cada uma destas, recolhe-se um pouco de conhecimento para se seguir na busca do sucesso do trabalho que, literalmente, fascina.

As perspectivas de reconhecimento e aproveitamento das características do ambiente hospitalar, não somente estão dirigidas a uma melhor atenção de nossos pacientes, como ainda se permite encontrar com o prazer de trabalhar, de pesquisar, de aprender com nossos pacientes e com nosso trabalho clínico.

Procurou-se perceber o paciente queimado em seus instantes de existência, no seu modo de vida, como transparece em suas falas, expressando suas emoções, afetividades, desejos e aspirações.

Ao se procurar recuperar o paciente queimado na sua condição de existência, valoriza-o como pessoa, com emoções, motivos, interesses. Um indivíduo com uma face, um nome, uma esperança, uma história a ser contada. Nele, o afetivo não se opõe ao racional, mas esses dois aspectos se vivificam um no outro.

Deste modo é que se vê o paciente, ao qual se dá voz ativa, com uma história de vida com significados e valores cuja corporização prática das ações é o ponto de partida para sua recuperação. Pensa-se em formas particulares de conhecimento, de relações sociais e de valores que possam ser ensinadas para preparar essas crianças e adolescentes para o desempenho de seus papéis no retorno à sociedade.

Vendo o corpo como lugar de aprendizagem, de emoção, de descoberta da alegria, prazer, sentimento, afetividade e criatividade, valoriza-se a cultura que o paciente traz e os relatos de casos vivenciados por ele.

No decorrer do tratamento ao paciente percebe-se uma tendência nítida no aumento da frequência de respostas positivas. Fica nítido o aumento progressivo de reações positivas como tranquilidade, contentamento, envolvimento, aceitação e prazer.

Entende-se que, embora intensamente traumatizada pelo acidente e pelo afastamento do ambiente familiar, a criança se mostra muito receptiva a qualquer contato que lhe dê prazer e não a deixe esquecer que é criança.

As lesões por queimaduras são ocorrências traumáticas que atingem cerca de 1% da população daquele país anualmente, sendo a metade delas crianças e adolescentes (COMPTON'S, 1994).

Elas constituem de acordo com dados do *National Burn Information Exchange*, a terceira causa de morte acidental em todas as faixas etárias e, cerca de 70.000 pessoas são hospitalizadas a cada ano, com ferimentos graves causados por trauma térmico (BLACK; MATASSARI,1996).

No Brasil, as estatísticas de saúde não possuem dados globais sobre traumas térmicos que possam aquilatar o número de acidentes e de internações hospitalares (ROSSI; FERREIRA; COSTA; BERGAMASCO; CAMARGO, 2003).

Para uma população brasileira estimada pelo IBGE em 200.000.000 de pessoas, em 2014, embora não se tenha ainda estatísticas nacionais de saúde confiáveis, pode-se inferir que o número de pacientes queimados no Brasil atinja atualmente a ordem dos 2.000.000 (1% do total) de indivíduos a cada ano, sendo 1.000.000 (50% do total de queimados) somente de crianças e adolescentes (IBGE, 2010).

Desse universo, pode-se estimar ainda que o número de “grandes queimados” – aqueles com mais de um sétimo da superfície corpórea atingida e que necessitam de internação – seja cerca de 600.000 pessoas (60% do total de casos), incluindo-se neste universo a impressionante estimativa de 300.000 crianças e adolescente com graves queimaduras anualmente (IBGE, 2000).

Quanto aos estudos epidemiológicos, de acordo com o *French National Health Statistics and Research Institute*, a taxa de mortalidade de vítimas de queimaduras é alta e aumenta segundo a idade do paciente. Entre as crianças e

adolescentes é maior o índice de mortes ocorridas. As circunstâncias dos acidentes são geradas por falta de cuidado e de informações sobre a prevenção (MERCIER e BLOND, 1996).

Dados coletados de diversos centros hospitalares e fornecidos pela Sociedade Americana de Queimaduras revelam uma estimativa de 500.000 casos de lesões por ano recebendo tratamento médico nos EUA, sendo 40.000 internações e mortalidade aproximada de 4.000 pacientes, em sua maioria vítimas de acidentes residenciais. No Brasil, apesar da inexistência de um efetivo sistema centralizador de informações, estima-se que esses valores sejam ainda maiores (SERRA; PHEBO, 1997).

Considera-se que trauma térmico é o de mais longo tratamento e de mais difícil recuperação, demandando da sociedade um maior custo material e humano. Sua prevenção, entretanto, é a que desperta a menor atenção, seja da mídia, das entidades governamentais ou mesmo do organismo social, exceto nos momentos de grandes comoções nacionais.

Serra e Phebo (1997) relatam:

As queimaduras lideram as causas de acidente fatais domiciliares que ocorrem durante a infância, na faixa etária de 1 a 9 anos. Esta é a conclusão de um estudo desenvolvido em 1994, nos Estados Unidos. Em nosso país, em 1991, 9500 crianças foram hospitalizadas somente no Rio de Janeiro devido a queimadura, com custo de hospitalização de aproximadamente 50 milhões dólares, não incluindo os custos indiretos, raramente calculados, apesar de sua grande significância. No caso de acidentes na infância, os custos indiretos são as despesas envolvidas no suporte às dificuldades pessoais que a criança enfrenta devido às sequelas do trauma, os encargos sociais que ela passa a apresentar e a repercussão na economia que ocorre pela perda da futura mão-de-obra ou pelo fato de que os pais ficam impedidos de trabalhar para cuidar do filho acidentado. Cerca de 50% de todas as vítimas de lesão térmica são crianças, estando a maioria entre 1 e 5 anos de idade. Nessa faixa etária, os agentes agressores mais frequentes são os líquidos superaquecidos, responsáveis pela escaldadura. Esses acidentes geralmente ocorrem dentro de casa, mais especificamente na cozinha, na presença de um adulto, o que deixa claro que os adultos não valorizam a potencialidade de um acidente domiciliar, sendo importante a organização de campanhas preventivas. (...) A queimadura deve ser encarada como uma doença que pode ser evitada. (SERRA; PHEBO, 1997).

Ao conceituar o trauma como doença, sobretudo uma doença que pode ser evitada, os profissionais da área da saúde deram um grande passo para afastar a ideia do acidente, a ideia da causa externa sobre a qual não há o que se fazer. Em trauma, “há muito o que fazer, a começar pela prevenção. (...) O trauma é uma doença que tem predileção por determinados grupos etários” (BIROLINI, 1998).

O trauma térmico é uma doença da sociedade, do contexto econômico e sociocultural que a facilita e, por vezes, até mesmo a promove. A cura para uma doença deste tipo passa necessariamente pela atuação dos administradores e políticos, mas é de responsabilidade de toda a sociedade (BIROLINI, 1998).

Sendo assim, vítimas de queimaduras convivem com sequelas que podem diminuir sua autoimagem e qualidade de vida, como queimaduras faciais. Esses indivíduos são excluídos social e profissionalmente, solicitando ao cirurgião plástico procedimentos cirúrgicos que melhorem a qualidade da pele, para melhoria da aparência.

Um levantamento realizado nas bases de dados científicas LILACS e MEDLINE evidenciou relativa escassez de estudos epidemiológicos a respeito do tema de prevenção e número consideravelmente menor de publicações nacionais concentradas em alguns poucos Centros de Tratamento de Queimados (CTQ).

Os indicadores sociais tendem a demonstrar que o trauma por queimaduras alcança limites quantitativos de uma verdadeira epidemia e pode ser minimizado por várias atitudes políticas, econômicas e sociais relativamente simples de serem adotadas (BIROLINI, 1998).

Deste modo, esta pesquisa objetiva conhecer o perfil sociodemográfico e etiológico de pacientes com trauma térmico, em Mato Grosso do Sul. Pretende-se, também, nesta pesquisa, analisar a percepção dos pacientes e familiares em relação aos aspectos envolvidos com trauma térmico com o objetivo de destacar a relevância de um trabalho profilático.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico do atendimento a pacientes com trauma térmico

A lesão térmica, possivelmente é tão antiga quanto a descoberta do fogo. Ainda mais, os rios de lava vulcânica ou os incêndios florestais causados por raios foram responsáveis por queimaduras muito antes do próprio domínio do fogo pelo homem. Não é difícil deduzir que o tratamento de queimaduras é desenvolvido através dos séculos paralelamente ao avanço da medicina e da tecnologia médica.

A história das queimaduras pode ser contada a partir de 1500 a.C., escrita em antigos papiros. As civilizações dos egípcios, chineses, romanos, árabes, bizantinos, germânicos, entre outros, descrevem as soluções e misturas aplicadas para tratar queimaduras e suas dores. Depois, vieram ainda as contribuições da alquimia medieval nos primeiros tratamentos, naquela época, inclusive com o uso de substâncias emolientes e refrigerantes (MARIANI, 1995).

Com o passar do tempo, surgiram estudos na Europa e América aprimorando as técnicas de tratamento. Vários avanços na compreensão e no tratamento das queimaduras devem-se aos estudos efetuados na Universidade de Pesquisa Cirúrgica do Exército dos Estados Unidos, no Centro Médico Militar de Brooke.

A Sociedade Internacional de Queimaduras foi criada em 1965, durante o II Congresso Internacional de Queimaduras, em Edimburgo, na Escócia, onde, em 1833, foi criado o primeiro hospital para queimaduras. Três anos depois, em 1968, foi formada a Associação Americana de Queimaduras (MARIANI, 1995).

Essa Associação inovou ao ser criada como um novo tipo de organização, abrangendo toda a equipe de profissionais – médicos, técnicos em queimaduras, pesquisadores, terapeutas físicos, anesthesiologistas, dietistas e outros – que se interessavam no desenvolvimento de uma organização para a melhoria do tratamento. A organização teve participação satisfatória em um grande número de projetos que foram pautados.

No Brasil, o início do tratamento das queimaduras tem seus registros históricos perdidos nos séculos que marcam a própria história da medicina no país. Os registros que ainda se preservaram relatam que os pacientes queimados eram tratados em hospitais gerais, por cirurgiões não especializados e não havia ainda a dimensão multidisciplinar inerente ao tratamento realizado hoje para um “grande

queimado” (o paciente com mais de um sétimo da superfície corpórea queimada).

A reversão desse quadro aparece em paralelo com o desenvolvimento da cirurgia plástica, após a década de 1940, quando os pacientes queimados passaram a ser agrupados em isolamentos para garantir uma minimização dos perigos de infecções. Em 1945, Ary do Carmo Russo (*apud* MARIANI, 1995), pioneiro no Brasil em atendimento especializado de queimaduras, publicou o trabalho “Sistematização do Tratamento Local de Queimaduras”. Passando de membro da equipe médica a Chefe do Serviço de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, tornou-se responsável pela organização administrativa e pelas normas médicas que regeram este tipo de serviço (MARIANI, 1995).

Inicia-se nesta época a era moderna e científica do tratamento de queimaduras no Brasil, tendo como referência o Serviço de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que foi oficializado em 16 de janeiro de 1948.

Em 1958, o estudo dos aspectos sociais e econômicos, da prevenção das queimaduras, além do levantamento das incidências e da análise de epidemiologias ainda eram realizados por Russo (1976), no âmbito do Hospital das Clínicas da FMUSP, “não recebendo nenhum auxílio, além de aplausos” (MARIANI, 1995).

Durante mais ou menos três décadas, os hospitais brasileiros mascararam a deficiência de leitos para queimaduras. Contudo, não se esperavam as tragédias que ocorreriam e que marcaram a história do desenvolvimento do tratamento especializado.

No Rio de Janeiro, o incêndio criminoso do Gran Circo Norte-Americano, em 1961, um violento acontecimento que ocasionou a morte de 400 pessoas e, em São Paulo, em 1972, o incêndio do Edifício Andraus, assim como o incêndio no Edifício Joelma, também em São Paulo, em 1974, com 191 mortos e mais de 300 feridos, aumentaram a preocupação com a falta de profissionais capacitados e apontaram para a criação de unidades estruturadas para atender queimaduras. O próprio acidente ocorrido mais tarde em 1987, em Goiânia, que produziu queimaduras às pessoas expostas à radiação emitida pelo Césio 137, deixou 112.800 pessoas sob monitoração, por apresentarem diversos comprometimentos patológicos, e que vitimou quatro pessoas, mostra a deficiência de profissionais especializados e de uma estrutura funcional para atender a esta demanda.

No início de 1968, o Hospital do Andaraí, no Rio de Janeiro, inaugurou um

moderno Centro de Tratamento, com um departamento de estudos e pesquisas na área. Até nossos dias, este Centro é uma referência latino-americana no tratamento de queimaduras, possuindo uma estrutura física e de recursos humanos capaz de atender a grandes acidentes.

No início da década de 1980, a situação era insustentável, a demanda obrigava o Hospital das Clínicas da FMUSP a atender doentes queimados graves em macas dos corredores do Pronto Socorro e os casos de pacientes que demandavam o centro de referência, oriundos dos municípios vizinhos, ultrapassava em muito a capacidade de atendimento do Serviço de Queimaduras.

Nesta época, em São Paulo, o Hospital Albert Einstein, que, além de atender a toda a população sem distinção de raça ou credo religioso, disponibilizou leitos para pacientes queimados. O Hospital conta hoje com uma equipe interdisciplinar para o seu Serviço de Queimados, contribuindo na área de pesquisas e estudos científicos para melhor atualização dos profissionais (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2004).

Em 1975, após cursar a Especialização em Cirurgia Plástica, o médico Cássio Menezes Raposo do Amaral, começou a planejar um centro especializado no atendimento e reabilitação de pacientes portadores de deformidades faciais, inclusive as causadas por queimaduras. Suas primeiras cirurgias foram realizadas no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Sua luta culminou na criação da Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial (SOBRAPAR), que viria a funcionar a partir de 1979, com o apoio marcante do professor John Marquis Converse, então Presidente da American Society of Facially Deformed – hoje National Foundation for Facial Reconstruction, ligada ao New York University Medical Centre (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA PARA A REABILITAÇÃO CRANIOFACIAL, 2004).

Com recursos oriundos do LatteinnamerikaZentre, em colaboração com a Comunidade Econômica Europeia (CCE) e com a decisiva colaboração do Sr. Abraham Kasinski, então Presidente da Companhia Fabricadora de Auto Peças (COFAP) doando o terreno e liderando a campanha entre empresários para as contribuições, foi construído, ao lado do Hospital das Clínicas da UNICAMP, o Hospital de Cirurgia Plástica Craniofacial, com uma equipe interdisciplinar, que é hoje também um centro de referência latino-americano no tratamento e recuperação

de pacientes queimados.

Em 1994, a Resolução n. 642, de 20 de dezembro de 1994, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, estabeleceu as Normas Técnicas para o Atendimento de Queimaduras que orientava gestões com Escolas de Medicina, Prefeituras e entidades particulares, em cerca de 12 municípios adequadamente localizados para o atendimento da demanda dos serviços (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA PARA A REEABILITAÇÃO CRANIOFACIAL, 2004).

O Serviço de Queimados do Hospital do Tatuapé, em São Paulo, tem equipe multidisciplinar para o atendimento do “grande queimado” e é considerado um serviço de referência nacional. A Unidade de Queimados, dentro da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, além de bem equipada para o serviço, tem em sua equipe multidisciplinar, entre outros profissionais especializados, os da área de Psicopedagogia formados na própria Faculdade, em seu Curso de Aprimoramento em Psicopedagogia, com o objetivo de acompanhar crianças e adolescentes em seu desenvolvimento e aprendizado (HOSPITAL MUNICIPAL DO TATUAPÉ, 2004).

A Unidade de Queimados onde ocorreu a pesquisa conta com uma equipe multidisciplinar que é utilizada para o atendimento de toda a Região Centro-Oeste, alguns Estados da Região Norte e países limítrofes, como a Bolívia e o Paraguai.

No dia 03 de dezembro de 1998, a convite do Sr. José Serra, então Ministro da Saúde, reuniu-se em Brasília uma comitiva do Capítulo de Queimaduras da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, liderado pelo seu Diretor, Dr. Carlos Eduardo G. Leão, para a discussão preliminar do documento, “Normatização do Atendimento ao Paciente Queimado” (BRASIL, 1998).

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2004), coletados com a utilização de questionários aplicados no período de janeiro a dezembro de 1998, revelaram uma nítida concentração geográfica dos cirurgiões plásticos, encontrando-se 74% desses profissionais prestando atendimento na região sudeste.

Com relação a análise das instituições que possuem serviços de atendimento de pacientes queimados, verificou-se que 63% do total de atendimentos eram realizados em instituições públicas. Observou-se ainda que em 45% dos locais de atendimento, os setores não possuíam equipe multidisciplinar de apoio, sendo o clínico intensivista o profissional mais frequentemente encontrado (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2004).

De acordo ainda com as estatísticas anteriormente citadas, existiam apenas 27 locais com serviço de atendimento aos pacientes queimados no Brasil e, com relação a estes, 18% ofereciam incentivos profissionais no sentido de melhoria do serviço, 14% estavam procurando a desativação do serviço e 12% efetuavam apenas atendimento ambulatorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2004).

O paciente queimado é estigmatizado pelos médicos, administradores hospitalares, paramédicos, autoridades de vários níveis e leigos. Não há uma causa racional para esta discriminação, embora possa se perceber, em muitos casos, a influência da causa econômica. O paciente queimado demanda mais atendimento de mais profissionais e mais tempo de internação e mesmo de mais cuidados ambulatoriais do que os pacientes das demais patologias (MARIANI, 1995).

Para o senso comum, a queimadura é um evento que sempre beira ao desperdício, uma vez que, de modo geral, é encarado como algo que poderia ser evitado se houvesse maior atenção individual ou maior fiscalização governamental das normas de segurança. Desse modo, o grande queimado é considerado, principalmente a criança e o adolescente, quase como o responsável direto por sua condição. Nesta avaliação preconceituosa influi também o longo tempo e as condições estressantes das terapias a serem aplicadas ao paciente, que ocasionam rejeição, às vezes, dentro das próprias equipes de atendimento (PEREIRA *et al.*, 2002).

Em um atendimento de saúde, com a lógica do lucro do capital e voltado para a busca desesperada da redução de custos, o procedimento discriminatório para o paciente queimado é de se esperar.

A despeito do que se apresentou, ainda há muito que fazer. Um exemplo recente pode ser visto no acidente ocorrido na Boate Kiss, em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, em 27 de janeiro de 2013, com a perda de 242 vidas. Neste acidente, a maioria das pessoas morreu por queimadura interna, causada por inalação de fumaça altamente tóxica, à base de cianeto, contida na espuma de isolamento acústico, onde faltou estrutura funcional para a realização de pronto atendimento.

Nesse sentido, é fundamental dar assistência médica qualificada a quem dela necessite desde a fase aguda até o completo restabelecimento físico e emocional

para favorecer a reinserção social do sobrevivente às queimaduras, desenvolvendo pesquisas e cooperando com o conhecimento acadêmico.

3.2 Arquitetura da pele

Para se compreender melhor o processo de queimadura, deve-se antes conhecer a fisiologia da pele humana, suas camadas e sua formação anatômica. A pele íntegra constitui o mais importante elemento de proteção do organismo humano contra os agentes de agressão ambiental.

Gomes, Serra e Pellon (1995) frisaram que a proliferação de bactérias em ambiente favorável (hospedeiro suscetível) pode culminar com um quadro de necrose dos tecidos orgânicos (*sepsis*), que é responsável por 75% dos óbitos em pacientes “grandes queimados”. Na arquitetura da pele distingue-se uma camada epitelial, a epiderme, que é identificada como a camada celular mais superficial, que reveste a derme e com ela constitui a pele. A epiderme é desprovida de vasos e nervos, porém sua hidratação é garantida pela difusão de substâncias nutrientes vindas dos capilares dérmicos.

O mecanismo de transporte de água é um processo osmótico. As células realizam o transporte ativo de íons, os quais despendem energia e dependem da atividade metabólica celular, com divisões celulares que sofrem modificações no sentido do interior para a superfície do organismo (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Existe um equilíbrio perfeito entre a água que entra na substância fundamental do tecido e a que sai dela, de tal modo que a quantidade de água livre é mínima no tecido.

Em condições patológicas, a quantidade de líquido intersticial pode aumentar muito e formar edema, que se caracteriza nos cortes histológicos do organismo, provocado por acúmulo de líquido.

Pode-se apontar como causa do edema a obstrução dos vasos linfáticos, a desnutrição (deficiência proteica) e o aumento da permeabilidade capilar, sendo esta última uma das características mais peculiares da fisiopatologia da queimadura (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Algumas funções da pele incluem: a proteção do organismo; a proteção quanto às perdas hídricas; a capacidade termo reguladora; a função secretora,

através das suas glândulas sudoríparas e sebáceas; a função sensitiva, pois a pele é um extenso órgão sensorial que por suas terminações nervosas proporcionam sensações de tato, pressão, dor e variações térmicas; e ainda a função de produção de energia, pela síntese da vitamina D (MACIEL; SERRA, 2004).

As células responsáveis pela síntese de colágeno e elastina são chamadas fibroblastos e têm um importante papel nos processos de cicatrização de queimaduras.

Segundo Maciel e Serra (2004), pode-se definir a queimadura como uma lesão no tecido de revestimento do corpo, que pode destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos e atingir camadas mais profundas, como tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ossos.

3.3 Etiologia da queimadura e métodos terapêuticos

A etiologia da queimadura pode ser determinada por agentes físicos ou químicos e não só na pele, mas outras partes do corpo também podem ser atingidas por estes agentes.

Segundo Maciel e Serra (2004), os agentes físicos são divididos em cinco subgrupos:

a) os agentes térmicos, que incluem o frio, sendo o congelamento um tipo de queimadura raro em nosso país; o calor, por líquidos aquecidos, chamados escaldos e que atingem geralmente crianças em acidentes dentro de casa; os inflamáveis, queimaduras por álcool, petróleo e seus derivados, que determinam alto índice de queimaduras graves;

b) os agentes sólidos, que promovem queimaduras ocasionadas por acidentes com ferro de passar roupa, chapas de fogão, canos de escapamentos de motocicletas ou por atrito com o solo em quedas, atingindo camadas mais profundas;

c) os agentes gasosos, que ocasionam queimaduras causadas geralmente por explosão de caldeiras e panelas de pressão, apresentando um quadro de trauma mais frequente na região dos olhos. A queimadura das vias aéreas pode provocar lesões progressivas, apresentando broncoespasmos e causando insuficiência respiratória;

d) os agentes elétricos, que causam queimaduras quando da passagem

da corrente elétrica pelo corpo, provocando queimaduras graves, mais pela profundidade do que pela extensão, podendo levar a necessidade de amputações de membros. Estas queimaduras ocorrem de forma singular, determinando uma região chamada de “porta de entrada”, percorrendo o corpo através da corrente sanguínea, onde pode ocasionar a degeneração das paredes e trombozes. Progressivamente vão sendo destruídos os tecidos (SILVA; SILVA JÚNIOR, 1988);

e) os agentes radiantes, que causam queimaduras por exposição ao Sol, a Raios X ou Raios Gama.

Os agentes químicos, que são constituídos por ácidos e outros corrosivos que, de acordo com o volume utilizado ou a duração da atuação, determinam os efeitos da lesão. Em pacientes agredidos por ácido sulfúrico, por exemplo, dependendo da duração do contato com o produto, o acidente pode causar até mesmo a perda de estruturas musculares e ósseas, alterando a morfologia corpórea, tornando importante a urgência da cessação do contato com o agente agressor (MACIEL; SERRA, 2004).

A hidroterapia prolongada tem se mostrado o método mais eficaz na diluição e eliminação do agente, atenuando a ação higroscópica de algumas substâncias (AÇIKEL; ULKUR; GULER, 2001). Entretanto não há consenso entre os autores quanto à duração e à técnica empregada (água corrente ou imersão em banheiras).

Determinar o grau de queimadura significa determinar a profundidade do trauma térmico na pele. Além disto, a determinação do grau de queimadura se faz necessário para que o atendimento terapêutico adequado possa ser estabelecido com maior eficiência (MACIEL; SERRA, 2004).

O conhecimento da fisiopatologia da queimadura requer um estudo aprofundado pelo especialista, pois há muitas dificuldades em determinar o tipo de queimadura, no caso de queimaduras por agentes elétricos, deve-se esperar de sete a doze dias para que a lesão se solidifique e seja possível estabelecer um melhor diagnóstico. O correto diagnóstico da profundidade da lesão deverá ser feito por estudo histopatológico (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Nos estudos de Leonardi (2001), a avaliação histológica obtida por biópsia nas 48 horas seguintes ao acidente conseguiu prever quais as lesões podiam se recuperar em duas semanas, com um valor positivo de 75%. Este estudo veio contribuir com a diminuição da ansiedade do paciente quanto ao tempo de hospitalização.

Observa-se ainda que uma queimadura de segundo grau superficial pode evoluir para uma queimadura de segundo grau profundo ou até mesmo uma de terceiro grau e, portanto, torna-se importante a reavaliação do grau de queimadura decorridas 48 a 72 horas da lesão.

A lesão de primeiro grau se caracteriza pela presença dos eritemas (manchas avermelhadas) provocadas pelos raios solares ou por água aquecida e não acompanhadas de flictenas (empolas), pois a presença destas caracteriza a lesão de segundo grau.

Considera-se uma lesão de segundo grau aquela que atinge tanto a epiderme como a derme, poupando uma parte desta. O reconhecimento deste grau de lesão é feito através da sua característica mais marcante, a formação de bolhas ou flictenas decorrentes de uma escaldadura (lesão térmica causada por líquido superaquecido).

A lesão de terceiro grau é aquela que acontece na totalidade das camadas da pele (derme e epiderme) e, em muitos casos, atinge outros tecidos, como o celular subcutâneo, músculos e tecido ósseo. A queimadura de terceiro grau apresenta um aspecto esbranquiçado ou marmóreo; há redução da elasticidade do tecido, tornando-o rígido e pode apresentar por transparência vasos sanguíneostrombosados. É a mais grave das lesões térmicas, provocando lesões deformantes, não restando tecido cutâneo capaz de se regenerar, havendo necessidade de enxertia (transplante de pele de alguma parte do corpo para a área lesada) para reparação da lesão (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

A cicatrização de lesão do “grande queimado” é um processo contínuo, podendo levar de seis semanas a dois anos, até que a pele se encontre madura, isto é, com a vascularidade normalizada (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

Soares (2000) desenvolveu pesquisa enfocando a importância da cinesioprofilaxia na prevenção da retração cicatricial, melhorando a conduta motora com o paciente “grande queimado” e propiciando melhor desempenho físico.

Weil e Tompakow (2002) comentaram que o paciente queimado fica por um longo tempo com o comportamento físico comprometido e a correção de seus movimentos é a melhor via de recuperação, porque o sistema nervoso se ocupa principalmente do movimento e este está na base de toda a tomada de consciência.

Um dos métodos terapêuticos mais recentes se dá pela oxigenoterapia hiperbárica (O₂HB), como coadjuvante no tratamento das queimaduras, e tem em seus ensaios clínicos controlados e randomizados por autores tais como Hart,

O'Reilly, Broussard, Cave, Goodman & Yanda (1974) e Mélega, Zanini & Psillakis (1992), os quais comunicaram que nos pacientes tratados com O₂HB houve a redução da necessidade de reposição volêmica, redução da incidência ou duração da sepse, aceleração da cicatrização, menor necessidade de cirurgias e enxertias, redução do tempo de terapia intensiva, de ventilação mecânica e de hospitalização, redução da mortalidade e significativa redução do custo total do tratamento até a alta hospitalar, redução esta em média, da ordem de US\$ 60.000,00 por paciente (CIANCI; WILLIAMS; LUEDERS; LEE; SHAPIRO; SEXTON, *et al.*, 1990).

Cianci, Sato & Green (1991) observaram que pacientes tratados com oxigênio hiperbárico, vítimas de queimaduras de terceiro e quarto grau, tipicamente provocadas por descargas elétricas de alta voltagem, o edema muscular foi reduzido com a preservação da glicólise aeróbica e uma significativa redução de infecções por anaeróbicos. O serviço de terapia hiperbárica se tornou de significativa importância para mudanças de resultados e de custos.

A evolução dos tratamentos segue a linha de novas descobertas terapêuticas da medicina, envolvendo até mesmo a área de medicina celular. A Excellion, uma empresa localizada no Parque Tecnológico de Petrópolis, Rio de Janeiro, dedica-se às pesquisas de célula tronco, aplicadas inclusive no reparo de lesões dérmicas e regeneração de tecidos cartilagosos.

Entretanto, pode-se verificar, então, no que diz respeito ao atendimento pelos profissionais da área de saúde, que a queimadura tem sido uma constante preocupação de pesquisas que objetivam melhorar a eficiência das terapias, acelerar a recuperação e propiciar melhor qualidade de vida dos pacientes.

Deste modo, todos os avanços técnicos no conhecimento da fisiopatologia da queimadura e na compreensão dos parâmetros subjetivos e objetivos da percepção que o paciente internado tem de sua doença, têm contribuído para que as equipes interdisciplinares dos Centros de Tratamento de Queimados voltem sua atenção aos cuidados com os aspectos que influenciam não só nos processos diretamente curativos das terapêuticas, mas também naqueles aspectos subjetivos que conduzem o paciente a se perceber com melhores esperanças de cura.

3.4 Complicações da queimadura

Para Rocha (2002), os fenômenos mais intensamente observados durante a

hospitalização de queimados são: problemas cardíacos, respiratórios, renais, hepáticos, infecciosos, metabólicos, por carência de vitaminas, de eletrólitos, de nutrientes, entre outros. Ele indicou ainda que estes fatores podem levar o paciente a ter causas orgânicas de *delirium* e suas variáveis menores, interferindo no bem-estar.

No caso do paciente queimado, o agente de ansiedade – a queimadura – não desaparece facilmente. Caso seja uma queimadura de pouca intensidade (primeiro grau), alguns sintomas detectados pelos médicos desaparecerão, mas podem ocorrer evoluções de uma queimadura de segundo grau superficial para uma mais profunda ou uma de terceiro grau, com o favorecimento do desenvolvimento de infecção. Os casos de óbito ocorrem principalmente entre 48 horas a 14 dias e a causa principal é a *sepsis* que leva a insuficiências de múltiplos órgãos. A infecção é um risco continuado até que toda a área queimada tenha sido recoberta. Em se tratando de uma queimadura de grande intensidade, as reservas energéticas serão consumidas de quase todos os componentes do sistema imune, contribuindo diretamente para complicações infecciosas (BOWER, 1990).

Segundo Edwards-Jones, Childs, Dawson (2000), na fase aguda de grandes queimaduras, a glicemia (excesso de açúcar no sangue), a cloremia (excesso de cloretos no sangue que se caracteriza pela cor esverdeada da pele), e a tensão arterial decaem; a destruição albuminoide, com todos os seus parâmetros químicos sanguíneos aparece; o sangue se espessa; há perda de peso e de temperatura corporal. Formam-se úlceras gastrointestinais e ocorre ininterruptamente a involução do sistema linfático. O córtex suprarrenal apresenta, com frequência, hemorragias, áreas extensas de degeneração e necroses.

Edwards-Jones, Childs, Dawson (2000) descrevem ainda outras alterações fisiopatológicas próprias desta fase: a dilatação arteriolar e a vasodilatação das arteríolas e capilares, o fluxo sanguíneo se faz apenas pelas anastomoses arteriovenosas (comunicação entre dois vasos orgânicos; formação cirúrgica ou patológica de uma passagem entre dois órgãos normalmente distintos). Há sofrimento dos tecidos, o débito sanguíneo se torna insuficiente e o espasmo venular impede a circulação de retorno.

Segundo os autores, os tecidos se tornam isquemiados (suspensão ou deficiência de sangue nos tecidos) e sobrevêm necroses (a morte de tecido que ainda faz parte do organismo vivo).

As correlações conhecidas entre as funções mentais, estados emocionais e reações endócrinas irão compor, em muitos casos, um importante processo de agravamento da condição clínica geral do paciente “grande queimado”. A dor, a hipoxia (deficiência de oxigênio no sangue, células ou tecidos), a hipotensão, a ansiedade e outras agressões provocam uma reação natural neuroendócrina, que tem como objetivo preservar a vida do organismo traumatizado. O esgotamento rápido das reservas proteicas musculares leva o paciente queimado a uma grave desnutrição proteico-calórica. Para que o paciente esteja com suficiente bem estar, torna-se necessário um suporte nutricional direcionado para as demandas do organismo, como objetivo de repor as reservas de energia (MACIEL; SERRA, 2004).

A queimadura grave é acompanhada de quase todos os componentes da baixa qualidade do sistema de imunização, contribuindo diretamente para complicações infecciosas. Os distúrbios do metabolismo proteico parecem ser a causa mais importante de função imune-deprimida e a reposição proteica adequada parece ser mais importante do que a reposição calórica (BOWER, 1990).

Para Bower (1990), o dispêndio calórico e o catabolismo (metabolismo destrutivo onde predominam reações químicas de decomposição) proteico são maiores nas queimaduras do que em qualquer outro estresse fisiológico. Depois da fase do choque térmico (48-72 horas), passa-se a fase hipermetabólica, com um acentuado “autocanibalismo” no paciente queimado, onde deverá ser fornecido o adequado suporte nutricional.

De acordo com Maciel e Serra (2004), o suporte nutricional revolucionou o tratamento das queimaduras nas últimas décadas, refletindo diretamente na sobrevivência de pacientes gravemente lesionados. Entretanto, apesar de toda a tecnologia atual, o fornecimento adequado de suporte nutricional ainda continua sendo um grande desafio nos centros de atendimento.

Segundo ainda Maciel e Serra (2004), o suporte nutricional aplicado a terapêutica dos pacientes queimados tem servido de modelo para aplicação do suporte nutricional às demais patologias e o objetivo principal da terapêutica de suporte nutricional é minimizar a deterioração clínica do paciente, no sentido de prevenir a infecção, acelerar a cicatrização, reduzir o número de intervenções cirúrgicas e melhorar a qualidade de vida do paciente, durante o tempo de hospitalização.

Observou Bower (1990) que as vitaminas e minerais têm demonstrado

influência na resposta imunológica, principalmente as vitaminas A, C e D.

Refere Silva e Silva Júnior (1988), que a deficiência de zinco demonstra, entre outras, diminuição na produção de anticorpos, sendo essas imunodeficiências corrigidas com suplementação dietética. A deficiência de ferro causa uma diferenciação na proliferação de precursores das células T e a deficiência de cobre pode acarretar supressão da função linfocitária. O selênio exerce então o papel antioxidante e ativador da vitamina E, além de estimular a resposta linfocitária.

O suporte nutricional enteral permite que pacientes gravemente queimados sobrevivam com nítida melhoria no sistema imunológico e no processo cicatricial. Entretanto, não se sabe se a terapia imunomoduladora isoladamente seja capaz de aumentar de maneira significativa a resistência à infecção na vigência da inanição e depleção nutricional (BOWER, 1990).

3.5 Stress do paciente vitimizado por queimadura

A palavra stress foi usada primeiramente como um conceito da Física, onde a resistência de uma barra dependia, entre outros fatores (como espessura, material, etc.) da quantidade de *stress* (força ou tensão) que era suportada por ela. Com os estudos feitos por Selye a partir de 1936, citados por Lipp (2000), observando que muitas pessoas sofriam de doenças físicas, como falta de apetite, hipertensão arterial, desânimo e fadiga, incorporou-se a noção de *stress* à saúde para representar o conceito de lutar e fugir - a reação de alarme para lutar ou fugir em resposta a um estímulo gerador de tensão.

Lipp (2000) comentou que Selye focalizou a atenção para os agentes estressores e para alterações fisiológicas que ocorriam nos animais de laboratórios em relação a estes agentes. Estas observações desencadearam extensas pesquisas médicas que resultaram na definição de *stress* como um desgaste geral do organismo. Mais tarde, ele observou clientes que sofriam de diversas doenças, mas nos quais alguns sintomas nada tinham a ver com as doenças especificadas, mas sim com a condição de estar doente. A este fenômeno, ele denominou de Síndrome de Adaptação Geral ou Sintoma do *Stress* Biológico, mas que foi simplificada pelo próprio autor para o termo *stress*, que seria um conjunto de reações biológicas frente aos agentes estressores.

Para Lipp & Rocha (1996), o *stress* é utilizado tanto para descrever uma situação de muita tensão, quanto para definir a nossa reação a tal situação. E os agentes estressores estão relacionados com a necessidade de adaptação que nos é exigida em momentos de mudança, seja ela para melhor ou pior. Este esforço é interpretado pelo organismo, mesmo que não haja consciência disto, como uma luta que ele precisava travar. O mecanismo do processo de *stress* não discrimina se a batalha é de ordem física ou emocional e, portanto, prepara o organismo como se fosse uma luta física. O estressor é qualquer evento que amedronte, confunda ou excite a pessoa.

Segundo Lipp (2000), Selye sugeriu o nome homeostase para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno no organismo, discutindo que, quando o indivíduo passa por uma situação de *stress* e a seguir tem a oportunidade de relaxar e deixar seu corpo voltar à harmonia ou homeostase, o sistema circulatório acomoda-se para facilitar o controle. Ele estabeleceu ainda a diferenciação entre *stress* e Síndrome de Adaptação Geral (SAG).

Lipp & Rocha (1996) sugerem que todas as doenças relacionadas ao *stress* sejam classificadas como psicofisiológicas. O pensamento distorcido leva a um prejuízo fisiológico, metabólico e do comportamento. Para Lipp (2000), a teoria de controle do *stress* se baseia em quatro pilares: reestruturação cognitiva, relaxamento, nutrição e atividades (físicas ou de raciocínio). A abordagem comportamental/cognitiva é a indicada para o controle do *stress* já que leva o paciente a examinar seus próprios padrões de pensamento. Esta abordagem psicológica tenta trazer os produtos do subconsciente da porção límbica do cérebro para os níveis conscientes.

O profissional que trabalha com controle de *stress* pode auxiliar seus pacientes a lidar com situações habituais de *stress* em suas vidas ou a executar as mudanças comportamentais necessárias, decorrentes de doenças físicas. Para Lipp (2000), quando a pessoa precisava investir uma quantidade excessiva de energia adaptativa, tem a chance de agravar a doença. Se o paciente for motivado a examinar seus próprios padrões de pensamento, ele poderá continuar o processo de tornar suas reflexões e afirmações mais racionais e afetivas por conta própria. Na avaliação do *stress*, Lipp (2000) sugere que quando algo inevitável acontece na vida do indivíduo, deve-se dar uma interpretação o mais otimista possível à situação.

Nesse sentido, ela relata que a ansiedade pode ser eliminada, substituindo-se o medo do fracasso pela esperança do sucesso.

A alimentação tem uma grande importância no controle do *stress*. Quando se passa por situação estressante, o organismo modifica sua estrutura funcional, ficando carente de vitaminas do complexo B, vitamina C, magnésio e outros nutrientes que são utilizados no funcionamento do sistema nervoso. Quanto mais prolongado e grave for o *stress*, mais vitaminas e nutrientes serão queimados, ficando o corpo debilitado. Qualquer tratamento de controle do *stress*, segundo Lipp, deve incluir muita atenção à alimentação das pessoas, principalmente nas épocas de maior tensão.

Lipp (2000) também aborda a necessidade de atividade que exijam concentração, tais como: xadrez, damas, palavras cruzadas, jogos de cartas, jogos de mesa (banco imobiliário, etc.) ou de computador, além de atividades como dançar (marcar compasso) e ver televisão. Outro enfoque de Lipp (2000) diz respeito ao relaxamento, que é algo que não se faz de modo "ativo". Só se consegue um bom relaxamento quando a mente e o corpo ficam soltos, bem à vontade, desligados, entregues a um determinado momento.

Embora não se possa evitar o *stress*, enquanto vivos, Selye (1975) comentou que se pode mantê-los em grau mínimo de efeitos danosos.

A população infanto-juvenil atingida por queimadura necessita de uma atenção especial da equipe clínica porque há que se considerar a condição diferenciada em comparação com o adulto. A noção de si mesmo e o seu relacionamento com a realidade ainda são frágeis, pois ele não tem o amadurecimento para vivenciar situações tão estressantes e por tempo tão indeterminado.

De acordo com Lipp (2000), enquanto o *stress* é visto como um conjunto de alterações não específicas que ocorrem no corpo em dado momento, a Síndrome de Adaptação Geral (SAG) engloba todas as alterações não específicas à medida que elas se desenvolvem no tempo, durante a exposição contínua a um agente estressante.

A hospitalização deste tipo é um agente estressante que pode ter efeitos diferenciados, dependendo da idade do indivíduo, da intensidade das queimaduras, da eficiência dos profissionais envolvidos e também da maneira como a família e o próprio indivíduo a gerencia. Segundo Lipp (2000), alguns passam pela experiência,

fortalecendo-se na crise e nas dificuldades; outros poderão ficar sensivelmente prejudicados em sua vida futura.

Há, entretanto, momentos de maior ou menor *stress* no período de hospitalização: os curativos, o banho e a assepsia causam maior intensidade de dor e são relatados como insuportáveis, levando até mesmo os profissionais ao contato com agentes estressores próprios. Segundo Lobato (1992),

ainda que conhecida e sentida em algum momento da vida por todos nós, a experiência de dor aguda é um processo complexo, que não se limita a alteração de tecidos, mas que põe em jogo toda uma série de mecanismos neurofisiológicos, hormonais e psicológicos [...] e preparam o organismo para a ação-fuga. [...] A resposta emocional básica do indivíduo à dor aguda, na medida em que ela representa um evento ameaçador (ou como tal interpretado), é a da ansiedade aguda de todas as reações físicas que a acompanham. [...] A ansiedade que acompanha a dor aguda estaria ligada a diferentes tipos de temores surgidos no enfermo, sua ignorância da causa do problema, a incapacidade de resolvê-lo, o medo sempre presente de que haja alguma doença muito grave (proporcional à intensidade da dor), a possibilidade de que o sofrimento se possa perpetuar. (LOBATO, 1992, p. 167-168).

Outro dos momentos de maior preocupação com o *stress* é o da volta do jovem paciente queimado para seu lar, para a sua vida cotidiana. O longo tempo de internação exigido para que ele se recupere, em geral, o deixa ansioso para voltar à casa e este fato pode camuflar a sua real situação psicológica, no que se refere às suas preocupações e angústias. É necessário encarar o mundo lá fora, com as marcas, senão grotescas pelo menos incômodas, impostas pela queimadura. O indivíduo sai do hospital e vê mutilado o encantamento da volta à casa.

O mundo atual é cada vez mais o mundo da forma, do indivíduo. Nunca o corpo foi tão cultuado. Essa idolatria da forma física tem criado sérios problemas para os adolescentes, principalmente. Pode-se imaginar o que uma pessoa queimada espera encontrar na retomada de suas atividades lá fora. Do ponto de vista psicossocial, o paciente queimado se vê imprensado pela exigência da beleza física de fora e pela sua própria exigência interna, inconformado com a cicatriz na sua pele, que dói no seu eu, no seu narcisismo. Conforme Capisano (1992),

a imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o primado do inconsciente, entram em formação contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas, sociológicas, etc. A imagem corporal não é mera sensação ou

imaginação. É a figuração do corpo em nossa mente. (CAPISANO, 1992, p. 179).

Neste sentido, é difícil o ser humano aceitar o diferente e, principalmente, aceitar-se como diferente. O paciente queimado se sente diferente. Seu corpo agora está diferente. Pode ter a marca incômoda no próprio rosto, o que o fará sentir-se mais diferente ainda; caso tenha dificuldades mentais, isto pode significar ainda mais rejeição. Há casos de jovens que se recusam a ir para a escola devido às cicatrizes da queimadura. Eles se retraem e desenvolvem uma baixa autoestima, tornando-se pessoas de difícil relacionamento e reclusas. Alguns adolescentes terminam com o eventual namoro, por se sentirem indesejáveis, outros se desligam de amigos de infância.

Seja através de um acidente ou por tentativa de autoextermínio, todo paciente com queimadura grave enfrenta um complexo de emoções difíceis no que toca a sua autoimagem, o amor por si próprio, seu narcisismo. O psicanalista Birman (2001) fala sobre a dimensão carnal que funda a experiência corpórea do sujeito. Isto aponta para a inclusão do corpo nos processos mentais.

Se houver um padrão muito alto de exigência em termos de narcisismo e as relações entre os membros da família não possibilitarem a diferenciação básica (eu e o outro), problemas emocionais poderão se desenvolver com maior facilidade. Poucas são as doenças que trazem sequelas tão importantes como uma queimadura grave. Mesmo com a sobrevivência física e a ocorrência de reepitelização, as cicatrizes, contraturas e distorção da própria imagem culminam, com frequência, em problemas de adaptação à nova realidade.

3.6 Dor e a fisiopatologia do trauma térmico

Conforme Anzieu (1989), a pele é uma fronteira, uma cerca viva ligada diretamente ao sistema nervoso e “à mente do paciente”. Refere que há na pele um “eu-vivo”, um “eu-pele”. A pele queimada funciona como agente de estresse, e além do corpo, a mente e o sistema nervoso do indivíduo estão agora expostos aos perigos exteriores, perdeu-se a mediação entre os dois mundos: o interior e o exterior. Quebra-se assim a proteção psíquica que a pele oferecia e existe, para além da dor física, uma dor psíquica, mental, devido à abertura repentina, violenta, nos limites do organismo, onde o “eu-pele” se debruça como interface entre o mundo

interno do indivíduo e o exterior (ANZIEU, 1989).

O indivíduo que tem seu corpo queimado precisa voltar a moldar sua identidade corporal, seu eu-corpóreo que permite aflorar a gama de emoções, sentimentos, aspirações e desejos que favorecem seu desenvolvimento cognitivo, colaborando para a diminuição do tempo de internação (ANZIEU, 1989).

Somente após esta aceitação das condições corpóreas, o indivíduo estará apto a reconstruir-se e a acompanhar o tratamento com o profissional que o acompanhou no processo. A experiência de ser conduzido nos momentos desta difícil reconstrução da sua identidade corporal e psíquica torna o indivíduo mais acessível ao profissional e mais adaptado às condições de hospitalização terapêutica, muitas vezes estressoras por si só (ANZIEU, 1989).

Segundo Moffatt (1987), a abrupta ruptura que o indivíduo experimenta nas queimaduras gera um sentimento de descontinuidade, desencadeando diversas reações emocionais. Esta descontinuidade terá também um agravamento físico-espacial com a realidade do “corpo mutilado”.

No atendimento a pacientes queimados, a dor é um elemento relevante de estresse devido a sua presença sistemática como parte da patologia. A dor é o oposto ao prazer, causa desconforto, inquietação e insatisfação. A dor é a lembrança constante da injúria, do transtorno da doença. Ela é o diferencial a ser lembrado, o elemento de aviso da situação extraordinária, da diferenciação entre o indivíduo sadio e o comprometido por doença; entre o capaz e o incapaz (MOFFATT, 1987).

O impacto da dor das queimaduras e dos procedimentos terapêuticos necessários acompanhará o paciente por todo o longo tratamento, tornando-se a companheira indesejável que será rememorada durante toda a hospitalização. Além disso, nas pesquisas de Martinez, Barauna Filho, Kubokawa, Pedreira, Machado, Cevasco (2001), sobre mulheres portadoras de fibromialgia, ficou evidenciado que a dor reforça o desenvolvimento de sintomas depressivos.

René Descartes foi o primeiro a descrever a dor como uma resposta a um estímulo doloroso detectado pelo cérebro. Em 1895, Von Frey, desenvolveu uma teoria da especificidade da dor, a qual se refletia em resposta automática a estímulos específicos, como por exemplo, a sensação de dor ao queimar o dedo. Em 1920, Goldschneider desenvolveu a teoria do padrão, resumindo que a sensação de dor resultaria de uma comunicação direta entre o cérebro e as áreas

afetadas pela dor. De acordo com estas teorias, a dor era considerada uma resposta automática a estímulos externos ao organismo. Entende-se, então, da existência da dor orgânica (reação capaz de ser observável) e da dor psicogenética (produzida na mente do paciente) (OLIVEIRA; CAMÕES, 2004).

A dor, segundo Melzack (2008), pode ser conceituada como um fenômeno que envolve diversas dimensões: trata-se de um problema médico, comportamental, cognitivo, emocional e econômico, pois é acompanhada por um grande sofrimento pessoal, acarretando custos sociais, além dos econômicos.

Para Toledo (2001), a dor é uma sensação que pode estar acompanhada de um estado emotivo, de sofrimento, além de reação neurovegetativa, como hipertensão arterial, sudorese, modificação na respiração e outros.

A partir do início do século XX, a Psicologia veio a desempenhar um papel determinante no tratamento da dor, levando o paciente a identificar seus sentimentos, visualizar a sua dor, criar formas de lidar com ela e combatê-la, auxiliando com eficiência os processos medicamentosos da medicina convencional. São apresentados inúmeros relatos de sucesso com a aplicação de técnicas psicológicas de controle da dor, até mesmo em pacientes com doenças oncológicas (SIMONTON, 1987).

Para Zborowski (2010), a dor e as reações causadas por ela podem ser entendidas à luz de significados culturais e sociais específicos. Janowski e Sternbach (1976) sugerem ainda que, além de aspectos culturais, a dor pode ser expressa de forma extrovertida ou introvertida e tem a ver com o tipo de personalidade do indivíduo. Nesse sentido, mesmo sendo um fenômeno universal, cada um de nós a sente e expressa de uma maneira inteiramente individual.

A reação à dor, embora subjetiva, depende também da intensidade dolorosa e da sua continuidade, da experiência prévia do indivíduo com o fenômeno e das condições ambientais existentes. Observa-se em alguns pacientes queimados estruturas que fazem parte de um corpo que guarda representações mentais de dor recente e intensa. A sensação dolorosa envolve não apenas os aspectos físico-químicos, mas também os componentes socioculturais dos indivíduos (FIRMINO, 2004).

As causas da dor aguda são geralmente identificáveis, como no caso da queimadura e, de todos os tipos de dor aguda, esta é considerada pelos profissionais da saúde como a mais pungente, mais violenta e constitui um

verdadeiro tormento para o paciente. Além disto, ela se intensifica, mesmo por um curto espaço de tempo, nos momentos de cuidados terapêuticos como o banho e o curativo. A hora do banho é relatada por todos os pacientes como a mais dolorosa e toda a equipe se preocupa em amenizar estes momentos de extremo sofrimento, utilizando analgésicos e atitudes solidárias de conforto (FIRMINO, 2004).

Além da dor, o paciente queimado se sente exposto, desnudo, indefeso como um recém-nascido, à mercê dos cuidadores. Em muitos casos, todo o seu corpo fica exposto durante a maior parte da internação. O paciente queimado também sofre de medo, angústia, ansiedade e estresse do trauma térmico (ROCHA, 2002).

A angústia e a ansiedade referem-se ao mesmo fenômeno, mas com diferenças sutis. A angústia é profunda, vivenciada como dor no peito e entra no diagnóstico de outras dores. A ansiedade é difusa, referenciada no aparelho respiratório e pode levar a diversos tipos de somatizações.

Nos casos dos pacientes adultos com transtornos mentais, a dor e o desnudamento parecem ser mais aflitivos. Rocha (2002) sugere que por eles terem menos recursos internos de controle e não entenderem a necessidade de repetição e prolongamento dos quadros de dor, sentem que estão sendo torturados, castigados, e reagem de modo agressivo.

3.7 A percepção do paciente queimado na hospitalização

3.7.1 Qualidade de Vida (QV)

Segundo Farquhar (1995), QV é considerado um dos temas mais interdisciplinares da atualidade, servindo como elo entre diversas áreas especializadas do conhecimento, como sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social, política, religião e filosofia, justificando-se a ocorrência desse fato pela amplitude do termo e diversidade de seus significados.

Aos poucos apropriado pela área da saúde, o conceito de QV passou a significar as condições de sobrevivência possíveis a um indivíduo, nos casos de acidente, de cirurgia, de uma longa terapia química, etc. O conceito tem a finalidade de exprimir as condições físicas, psicológicas e o nível de independência a que o indivíduo será submetido e é utilizado assim como avaliador das alternativas

possíveis de abordagem em um problema de saúde.

Castellanos (1997) abordou o conceito de QV como algo que transita em um campo polissêmico, relacionando-se ao modo, condições e estilos de vida, por um lado e, por outro, ao campo da democracia, dos direitos individuais e dos direitos sociais. No que diz respeito à saúde, estes conceitos são unidos em uma resultante de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que a sociedade estabelece como parâmetros. Deste modo, a saúde passa a ser mais do que simplesmente a ausência de doença, mas inclui outros fatores que irão definir o que se chama de Qualidade de Vida.

Souza e Guimarães (1999) comentaram que uma das mais importantes publicações sobre o assunto foi a obra “Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials”, de 1990, que incluiu entre seus autores, profissionais da área de saúde, das mais diversas especialidades e funções. Desde então, os profissionais da área de medicina têm relacionado a saúde do paciente com a sua QV, através de trabalhos em publicações científicas. A QV passou a ser avaliada na área, seja em termos individuais, de grupo ou mesmo em grandes populações.

Na primeira edição da obra referida, os autores trataram a QV como um novo conceito científico. Este novo paradigma oferecia instrumentos aos pacientes e profissionais para avaliarem a evolução dos tratamentos. Sem a delimitação de uma definição única, os estudos sobre o paradigma vieram se tornando cada vez mais amplos e aceitos (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Entretanto, de acordo com Almeida Filho (2000), para muitos, a saúde ainda é somente sinônimo de ausência de doença.

Sob esta perspectiva, durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde foi o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, bem como à qualidade das medidas terapêuticas empregadas e o resultado do tratamento em sua vida (RUTA; GARRAT; LENGH; RUSSEL; MacDONALD, 1994).

Atualmente, quando se pensa em QV, valoriza-se muito além do controle de sintomas, diminuição de mortalidade ou aumento da expectativa de vida: QV é como um movimento total que circunda todo o corpo biológico, psicológico, cultural e ecológico, permitindo, tanto ao profissional da saúde quanto ao paciente, avaliar, para além dos aspectos das eventuais sequelas de uma doença ou acidente, os impactos negativos do tratamento e da internação. O indivíduo possui a percepção

de seu bem estar nos níveis físico, emocional, psicológico, mental, espiritual, social e ambiental, considerando o contexto cultural e sistema de valores (COSTA; LOURENÇO, 2002).

A avaliação de QV é hoje considerada parte da história clínica do paciente, sendo defendida como uma variável tão importante quanto a sobrevivência ou a taxa de mortalidade, constituindo-se em um tópico de interesse para a pesquisa nas áreas médicas e psicossocial (SILVAL; NASPITZ; SOLÉ, 2000).

Esta visão tem sido expressa na literatura médica em diversas ocasiões para indicar que a melhor medida de qualidade é não o quão frequente o serviço médico possa ser oferecido ao paciente, mas sim o quanto os resultados dos tratamentos se aproximam dos objetivos fundamentais que são o de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade (BOWLING; BRASIER, 1995).

Há ocasiões onde é necessário avaliar a QV do indivíduo ao realizar-se sua reintegração à vida normal. A reintegração está voltada para a mensuração do quanto o indivíduo é capaz de realizar, apesar de não estar completamente livre de uma moléstia ou de suas sequelas. Neste caso se incluem os indivíduos portadores de doenças consideradas incuráveis.

As atuais condições de vida e trabalho; as modificações econômicas e políticas, assim como a expectativa de vida aumentada, tem gerado uma elevação significativa de doenças crônico-degenerativas, interferindo na QV (REIS; GLASHAN, 2001).

A medida em que novas tecnologias na área da saúde foram desenvolvidas, as consequências negativas de suas aplicações, como a desumanização dos tratamentos, tornaram-se presentes. Desde então, existe um crescente interesse dos pesquisadores em transformar o conceito de QV em uma medida quantitativa que possa ser usada para aferição, tanto em ensaios clínicos quanto em modelos econômicos e sociais, possibilitando o controle das aplicações das novas terapêuticas.

Segundo Ballesteros (1999), QV representa um conceito-chave nas ciências do ambiente, ciências sociais, médicas e psicológicas, bem como na vida das pessoas comuns e exerce grande impacto na pesquisa e nas práticas atuais.

A psicologia tem, nos últimos anos, agregado outros indicadores a este conceito, devido às suas preocupações com o estresse e a forma de evitá-lo, a busca da satisfação no trabalho, a importância da saúde mental e a necessidade de

garanti-la no ambiente de trabalho.

A partir da preocupação dos ecologistas com a qualidade do meio ambiente, muitas leis nacionais e internacionais vêm sendo criadas em todo o mundo, no sentido de proteger a vida. Assim, o controle da qualidade do ar, o combate à poluição e a rejeição ao desmatamento são considerados indicadores de qualidade de vida.

A OMS definiu QV englobando cinco dimensões: Saúde Física, Saúde Psicológica, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente. Desde que a OMS definiu a saúde como condição física, psicológica e social, alguns índices, além dos tradicionais, foram levados à análise para a consideração de uma situação ou indivíduo como saudável (FLECK, 2000).

Desta forma, a QV diz respeito justamente à maneira pela qual o indivíduo interage (com sua individualidade e subjetividade) com o mundo externo, portanto à maneira como ele é influenciado e como influencia. Logo, o acesso a uma “vida com qualidade” é determinado por uma relação de equilíbrio entre forças internas e externas (BALLESTEROS, 1999).

Cabe considerar que QV, coletiva ou individual, é relativa a sentimentos do indivíduo sobre sua própria saúde ou sobre outros aspectos de sua vida (RIVERA, ROLDÁN, CASANOVA, BELTRAN, 1999). Para esses autores, para avaliar a QV de alguém, considera-se que a mesma pode ser influenciada pela percepção que o indivíduo tem de seu estado de saúde, pois sua satisfação é influenciada pela ação da bagagem de crenças e valores sobre si mesmo.

Na área da saúde, o conceito de QV passou por diversas discussões e modificações e começa recentemente a se estabelecer como algo capaz de quantificar e analisar os resultados efetivos de uma doença e da conduta terapêutica, bem como a capacidade do paciente de ter uma vida proveitosa e realizadora.

Jorge, Sugawara e Hsing (2004) relataram que com a aproximação familiar, há melhoras no quadro afetivo dos pacientes. Segundo esses autores, o tratamento deve ser global e multidisciplinar e promove uma melhora física e psíquica.

Bley e Nernazza-Licht (1977) relataram que os estudos conceituais de QV na área médica são funcionais, enfocando a relação custo-efetividade. Eles definiram então quatro campos que compõem a QV, procurando referi-los sob a óptica do que as pessoas têm como preocupações da vida cotidiana.

Os campos definidos por esses autores são a Função Física e Profissional; a Função Psicológica; a Interação Social e a Sensação Somática:

a) Função Física e Profissional aborda a força, a energia e a capacidade de dar continuidade às atividades normais que a sociedade espera que o indivíduo seja capaz de realizar. Pode-se dizer ainda que esta é a função que chega mais próximo dos parâmetros utilizados pelos médicos;

b) Função Psicológica diz respeito à ansiedade, à depressão e ao medo que o indivíduo desenvolve durante o processo terapêutico e mesmo após a reinserção em sua vida normal. A análise dessa função, segundo eles, não deve ser global, não compondo uma diagnose específica;

c) Interação Social é o campo mais relegado pelas equipes de saúde mas, aos poucos, vai ganhando sua importância no contexto. Ele diz respeito somente a capacidade do indivíduo de dar continuidade às suas relações interpessoais, como família, amigos, relacionamentos íntimos, profissionais e com a comunidade;

d) Sensação Somática é o campo das sensações físicas que empobrecem a QV do indivíduo (dor, náusea, dispneia, etc.). A avaliação do quadro somático estabelecerá a capacidade que o indivíduo tem de suportar estas manifestações, influenciando na avaliação de sua capacidade de adaptação.

Para Bley e Nernazza-Licht (1977), os dois primeiros campos têm um enfoque maior onde a mediação entre eles é mais significativa: por exemplo, o indivíduo que, repentinamente, passa por um súbito e grave problema de saúde tende muitas vezes a questionar sua crença religiosa, procurando reavaliar sua conduta e seu conceito nesse campo.

Um êxito no tratamento médico, muitas vezes, vivifica e potencializa a fé religiosa de indivíduos, que o atribuem a milagres. O tema QV é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, o tema se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais: materiais e espirituais e tem, no conceito de promoção da saúde, seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, QV em saúde enfoca sua centralidade na capacidade de

viver sem doenças ou superar as dificuldades dos estados ou condição de morbidade (BLEY; NERNAZZA-LICHT, 1977).

As questões subjetivas por muito tempo foram consideradas pela medicina como algo suspeito na avaliação, incluindo-se as pesquisas médicas nas chamadas “ciências duras”, como a física, por exemplo, que requer a aplicação de um método científico aos processos de investigação. Muitas comparações foram relatadas sobre a fisiologia de uma doença, sem levar em conta os parâmetros psicossociais.

A antropologia nos ensina que se deve levar em conta, em qualquer tipo de pesquisa, os aspectos culturais relevantes das sociedades onde o indivíduo pesquisado se insere.

Barbosa (2003), em pesquisa sobre QV e saúde de pacientes masculinos idosos, concluiu que existe a necessidade de repensar os grupos de convivência, buscando estimular a participação masculina, através de atividades e temas que despertem o interesse desses homens, que podem descobrir, assim, novas potencialidades e estímulos.

Sob uma perspectiva histórico-dialética, Minayo, Hartz e Buss (2000) incluíram na avaliação de QV atributos como amor, liberdade, solidariedade, inserção social e realização pessoal, além da satisfação e felicidade. O valor subjetivo, nessas circunstâncias, só pode ser avaliado pelo próprio indivíduo. Para esses autores, QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

QV tornou-se uma medida relevante de eficácia em avaliações clínicas, novos tratamentos, novas técnicas, novos medicamentos. Seu uso está sendo difundido e é crescente como indicador de êxito ou fracasso em terapias.

Em geral, a perspectiva do paciente é diversa da ótica do profissional de saúde, em relação à sua própria QV, por incluir parâmetros diferentes de avaliação. Deste modo, é necessário aumentar a participação da visão do paciente na definição das medidas de avaliação qualitativa. Para as pesquisas futuras, cada vez mais, esta forma de abordagem não poderá deixar de ser levada em consideração (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Como se pode concluir, o tema QV é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas; seja do senso comum, com o ponto de vista subjetivo ou objetivo, em abordagens individuais ou coletivas. A referência à

QV de seres humanos deve ser feita sempre em sua totalidade.

Conforme Souza e Guimarães (1999), a conceituação de QV deve considerar os aspectos subjetivos da vida, uma vez que as condições objetivas da mesma são, muitas vezes, pouco significativas para o indivíduo.

Segundo Campaña (1997), indivíduos de diferentes classes sociais e mesmo os do interior de uma mesma classe, veem-se de forma distinta diante de situações reais, que lhes impõem percepções, aspirações, projetos e sonhos diferentes, onde a subjetividade sobre QV está ligada à condição social.

A percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde pode interferir na sua QV, inclusive porque das suas crenças e dos seus valores depende em grande parte a sua satisfação de viver (RIVERA; ROLDÁN; CASANOVA; BELTRAN, 1999).

Segundo Néri (2001), os critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e a valores individuais e sociais se alteram no decorrer do tempo.

Conforme Ganz (1994), pode-se modificar variáveis que interfiram de forma negativa nos tratamentos, através da avaliação de QV, uma vez que estas permitem a identificação de problemas e áreas afetadas. Para ele, o aspecto subjetivo da QV busca avaliar os sentimentos humanos, as percepções qualitativas das experiências vividas e das adaptações elaboradas pelo indivíduo face às condições adversas.

Michelone (2002) analisou, sob uma perspectiva fenomenológica, as principais definições de QV percebidas subjetivamente e identificou dois atributos importantes, definidos como satisfação e felicidade.

O conceito de QV descrito por Carreira, Ajamil e Moreira (2001) citou como primordial para a instalação de uma boa QV as atitudes pessoais e condutas facilitadoras, que decorrem da emoção, a qual aproxima e une as pessoas, sendo de suma importância em um Centro de Tratamento de Queimados.

O conceito de QV adotado pela OMS, já explicitado nesta tese, por Fleck (2000), abrange as observações necessárias à pesquisa em um Centro de Tratamento de Queimados, referindo-se à saúde física do indivíduo, ao nível de independência, aos relacionamentos sociais, ao estado psicológico, às crenças pessoais e às relações com os principais aspectos do ambiente, neste caso, o hospitalar.

3.7.2 A percepção do corpo

A importância do estudo sobre a percepção do corpo é propícia para lidar, segundo a teoria de Merleau-Ponty (2011), com as questões relacionadas à subjetividade humana e a sua maneira de lidar com o mundo sensível, pois se trata de considerar, no que concerne à percepção fenomênica, o surgimento de variadas perspectivas e a possibilidade de ampla produção de conhecimento.

Em relação à consciência do paciente queimado, interessa explicitar aqui alguns elementos que dizem respeito à sua percepção acerca do tratamento, da sua relação com a equipe médica e demais profissionais envolvidos, da mudança de seu corpo ocasionada pela injúria (autoimagem) e das implicações disto.

Merleau-Ponty(2011) considera, de forma geral, a intencionalidade da consciência com relação ao mundo e a sua compreensão. Dizer que a atitude da consciência é intencional com relação ao mundo implica que ela não o possui, não o tem de forma total, assim como a sua própria percepção sobre o mundo fenomênico é fragmentada, podendo mudar na medida do próprio tempo e de outras experiências. Portanto, a consciência e o mundo são duas instâncias distintas, mas cuja existência de um implica na do outro.

Para este autor, toda ação humana possui significação, diante da intencionalidade da consciência. Esta, a propósito, atribui significados aos objetos, sem os quais não se pode falar nem de objetos tampouco de suas essências. Dessa forma, cabe ao pesquisador observar as vivências intencionais da consciência para chegar a como se cria o sentido do fenômeno e se chega à sua essência (MERLEAU-PONTY, 2011).

Essa aparente redução fenomênica, em termos de consciência individual, é condição primordial para se ter a garantia de uma descrição mais detalhada do fenômeno, pois mostra a intencionalidade dessa consciência em relação ao mundo, fazendo aparecer o que é essencial e importante para ela, os processos que envolvem seu tratamento e a auto aceitação de sua outra imagem e as implicações psicossociais disto (MERLEAU-PONTY, 2011).

Portanto, quando o pesquisador investiga um fenômeno, ele considera as vivências experimentadas pelos sujeitos da pesquisa, captando as descrições deles sobre essas experiências. Isso lhe permite compreender a essência do fenômeno, ao passo que mostra como a consciência individual percebe o mundo que lhe cerca,

como lida com ele através de sua percepção. A percepção essencial do fenômeno mostra essa intencionalidade da consciência como consciência de algo, pois existe à medida que se dirige a um objeto.

Em seus estudos, Merleau-Ponty (2011) coloca a ciência da busca das essências, uma filosofia que trata o homem como ser já existente antes da reflexão. Para ele, o homem é um corpo próprio, localizado espacial e temporalmente, agindo no mundo por ele habitado. Ele se preocupa com a existência do homem em um mundo que lhe é anterior. Portanto, trata-se de uma teoria existencialista, pois se preocupa com a existência do homem em um mundo anteriormente dado.

Não se trata de interesse pelo puro abstrato, mas pelo homem histórico, este que se situa e se faz existir no mundo. Não se trata de considerar a consciência fechada sobre si mesma, de negar o mundo exterior, tampouco de negar o mundo interior, conforme a perspectiva empirista.

Maurice Merleau-Ponty (2011) trata do corpo, a partir do qual se pode estar no mundo em relação tanto com os outros quanto com as coisas. Desta forma, sua visão do corpo não é nem puramente materialista nem puramente idealista, sendo que a primeira o considera como objeto e a segunda sequer o considera, em oposição à alma.

A percepção, assim como a consciência, sempre se movimenta, possibilitando transformações em detrimento de uma resolução estática como temos na perspectiva do positivismo, por exemplo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Percebe-se os objetos de diferentes lugares e em temporalidades igualmente diferentes. Como já foi dito, esta teoria é relevante para este trabalho, a qual busca analisar a percepção que os pacientes têm de seu próprio tratamento, da qualidade de vida no processo de sua hospitalização, da transformação de seu corpo e outros.

Quando se ocupa em analisar as descrições de diferentes sujeitos sobre um fenômeno qualquer, levando em conta a estrutura espaço-temporal da percepção elaborada por Merleau-Ponty (2011), não se pode perder de vista que cada sujeito descreve sua experiência e sua perspectiva do fenômeno, considerando tempos e locais diversos. A própria experiência é compreendida na medida em que as intersubjetividades se cruzam, e os significados comuns permitem a compreensão da estrutura daquele fenômeno por parte do pesquisador, este, criador de outra perspectiva, em outro campo, posição (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse sentido, o fenômeno é caracterizado pela perspectiva, de acordo com a percepção humana. Por essa razão, não se pode falar em verdade absoluta ou em dimensão total, como se fala, mas sim reconhecer que as diferentes perspectivas permitem compreender a estrutura do fenômeno (MERLEAU-PONTY, 2011).

Considerando o trabalho em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), pode-se dizer que os estudos de Merleau-Ponty (2011) contribuem para esta pesquisa no sentido de compreender a complexidade da experiência de cuidar do corpo e da própria autoimagem do paciente, vítima de trauma térmico, nesse período de hospitalização. Possibilita também uma investigação de mundo e da experiência vividos destes sujeitos.

A grande contribuição de Merleau-Ponty (2011) para o profissional que trabalha na interface da Educação com a Saúde, portanto, está no fato de lidar com a experiência humana, onde a própria relatividade do conhecimento, assim como sua temporalidade, deve ser levada em consideração, tendo em vista a transitoriedade da própria condição humana.

Interpreta-se, portanto, o cuidado com o outro como uma relação humana de ajuda, o que permite justificar e compreender a relevância dos estudos de Merleau-Ponty para esta pesquisa. Este referencial relaciona-se, assim, com nossa tentativa de apreender alguns significados da experiência humana em um Centro de Tratamento de Queimaduras, no que concerne ao paciente com trauma térmico, sua percepção de boa QV, de seu tratamento, dos profissionais cuidadores, de seu corpo transformado, de seus pensamentos durante a hospitalização.

3.7.3 Hospitalização

Do ponto de vista psicossocial, o paciente queimado se vê condicionado pela exigência da beleza física de fora e pela sua própria exigência interna, inconformado com a cicatriz na sua pele interferindo em sua autoimagem e, deste modo, pode-se imaginar o que uma pessoa queimada espera encontrar na retomada de suas atividades cotidianas (FIRMINO, 2004).

Pode-se observar a dinâmica que permeia a intervenção à saúde, composta por elementos subjetivos relacionados à vida psíquica, social e cultural do indivíduo que adoece, evidenciando a natureza das suas relações estabelecidas no contexto hospitalar (VASCONCELLOS, 2000).

Gomes (2000) comentou que há muito ainda a ser explorado, discutido e realizado para que o exercício da cidadania do paciente hospitalizado e o respeito a seus direitos possam ser aprendidos e incorporados à vida cotidiana dos profissionais da saúde. Para ele, o paciente que se vê como cidadão hospitalizado, percebe-se com boa QV.

Poucas são as doenças que trazem sequelas tão importantes como uma queimadura grave. Mesmo com a sobrevivência física e a ocorrência de reepitelização (nascimento de nova pele), as cicatrizes, contraturas e distorção da própria imagem culminam, com frequência, em problemas de adaptação à nova realidade.

A necessidade de observar o próprio corpo, muitas vezes antes negligenciado, passa, então, pela tarefa de integrar o corpo e a mente. Descobrir seu próprio corpo, muitas vezes mutilado, pela via da sensibilização e conscientização; aprender a conviver com esta nova realidade é tarefa dolorosa que se atribui, neste primeiro momento, quase que inteiramente ao paciente (ANZIEU, 1989).

Assis (2004) referiu que, durante a hospitalização, o conhecimento da interface entre o físico e o mental, através de mensuração de forma subjetiva, fornece subsídios que permitem contribuir para intervenções terapêuticas mais adequadas, tanto as físicas quanto as psicológicas. Para essa autora, neste contexto, destacam-se aqueles indivíduos submetidos a condições de sofrimento agudo.

Sobretudo, a longa hospitalização leva o indivíduo a dispor de mais tempo para refletir sobre a própria existência e este assunto assume uma prioridade que antes não possuía. Neste momento de recuperação física e emocional, ele parece querer assumir também um compromisso de recuperação de suas carências sociais, culturais e afetivas. Passa a se pensar como um novo ser, que necessita rever todo o escopo de sua vida anterior (ASSIS, 2004).

Sampaio, Palma, Nascimento, Saito, Lourenço e Battistella (2001) sugerem que todo o processo de reabilitação objetiva contribuir para a melhora da autoimagem, autoestima e autoconfiança, para que haja inclusão social. Sobre essas considerações, os benefícios orgânicos, sociais, psicológicos, emocionais, econômicos e culturais que a atividade física proporciona dentro do processo de reabilitação favorece o aspecto social no ambiente hospitalar.

Segundo Rossel (1977), existe um paralelismo entre o desenvolvimento das funções motoras e das funções psíquicas, deste modo, o trabalho dentro do Centro de Tratamento de Queimados requer que se leve o paciente a estar em constante contato com a sua realidade física e a manter-se em permanente vigília quanto às suas capacidades corpóreas.

Segundo Leal Júnior, Pinto, Cortez e Fagundes (2003), independente dos estudos realizados em indivíduos saudáveis ou acometidos por patologias, parece haver um consenso na literatura de que os exercícios físicos relacionam-se a um estilo de vida saudável e a um aumento da capacidade funcional, contribuindo para melhor QV durante a hospitalização.

Para Néri (2001), a capacidade funcional é o de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

A atividade ajuda o paciente a manter-se lúcido para perceber o que acontece, reaprendendo e redimensionando suas capacidades no nível mental e emocional. Nestes momentos, o que se procura é que emerja do movimento corporal uma intenção, um desejo, uma emoção que leve o conjunto do ser, mente e corpo, à ação positiva de equilíbrio.

A recuperação física depende também, e parece que cada vez mais, da correta abordagem feita quanto aos impactos emocionais sofridos (ROCHA, 2002).

O êxito do tratamento do trauma agudo demanda conhecimento das mais variadas especialidades (MACIEL; SERRA, 2004).

Neste sentido, é necessário que, ao ser internado, o paciente queimado seja considerado em sua totalidade, utilizando-se para tal todos os recursos que permitam avaliar o impacto que os agentes estressores exercem, a cada momento do processo, no indivíduo.

O funcionamento psíquico do indivíduo se baseia numa interação entre os aspectos biológicos, psicológicos e os contextos sociais onde se inserem e, neste tipo de paciente, envolvido em um acidente que o compromete de forma brusca e irreversível, modificando geralmente a visão que tem de seu próprio corpo, é necessário que os aspectos emocionais que levam a somatização dos problemas enfrentados sejam controlados para que se possa alcançar o sucesso no tratamento (MACIEL; SERRA, 2004).

Roberts e Pruitt (1980) comentaram que o paciente queimado precisa de todo apoio para se controlar diante de situações de ansiedade. O controle da dor, o

suporte nutricional e o suporte emocional são necessários para uma boa percepção durante todo o curso da hospitalização.

O paciente queimado passa necessariamente por um longo período de hospitalização, devendo ter da equipe multiprofissional que o atende o suporte adequado (FIRMINO, 2004).

Os médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, copeiros e encarregados de limpeza, todos, enfim, passam a influenciar o comportamento do paciente, direta ou indiretamente.

Firmino (2004) refere que cada membro da equipe de atendimento também experimenta sentimentos particulares para com os pacientes queimados e a tendência natural é que se sintam a vontade de substituir a “pele biológica” do queimado, protegendo-o do mundo exterior. Em uma equipe eficiente de atendimento a queimados, verifica-se geralmente um envolvimento emocional de maior monta entre o profissional e o paciente.

As atitudes interdisciplinares assumidas pelos membros da equipe cercam o paciente de cuidados, de alimentação adequada, de palavras e comportamentos que amenizam o sofrimento. Todos procuram sair do seu “eu-profissional”, técnico, isento, humanizando-se no contexto da necessidade (FIRMINO, 2004).

O paciente, por sua vez, parece estar em estado de rigidez corporal e emocional, em estado de torpor, e a atitude da equipe deve ter a intenção de despertá-lo, trazê-lo de volta à realidade.

Muitas vezes, o hospital passa, aos poucos, a se tornar não só o lugar onde se cura, mas também onde se morre. O “grande queimado” que muitas vezes lutou pela sobrevivência durante meses começa a perceber a falência de seus órgãos.

Eizirik, Polanczyk e Eizirik (2001, p. 197) comentaram, então, que

Devemos nos opor ao silêncio que cerca o paciente terminal; torna-se necessário vencer nossa própria resistência a penetrar em seu mundo de dor, angústia e solidão, para podermos ajudá-lo na travessia dessa etapa final. (EIZIRIK, POLANCCZYK e EIZIRIK, 2001, p. 197).

O paciente deve aprender a lidar com a doença e suas limitações, o que requer formas de suporte social e psicológico (FRANÇOSO; VALLE, 1999).

Trabalhar com o paciente em sua totalidade física e emocional é um

procedimento necessário e desenvolvido para se estar como um ser total no trabalho. Por estes motivos, os atendimentos em Centros de Tratamento de Queimados tem incluído nos últimos anos o acompanhamento psicológico dos pacientes, em graus de observação maiores do que os de outros casos de internação (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

A importância da busca da melhor QV do paciente durante a hospitalização é ressaltada neste tipo de atendimento como pressuposto terapêutico tão indispensável quanto o tratamento químico, a suplementação nutricional ou o atendimento em fisioterapia.

A reunião das equipes de atendimento vai além da multidisciplinaridade resultante, ela se torna parte integrante da terapia quando consegue priorizar os aspectos de bem-estar do paciente queimado na hospitalização (MACIEL; SERRA, 2004).

Observou-se que a percepção que o paciente tem de boa QV durante a hospitalização o torna agente partícipe no tratamento, contribuindo ele próprio, para cicatrizações mais rápidas, redução de problemas colaterais e do tempo de internação (GOMES, 2000).

Segundo Casate e Corrêa (2005), vale ressaltar que ações direcionadas às atitudes de respeito e solidariedade, diante do paciente, contribuem para descaracterizar a imagem de desumanização atribuída à hospitalização.

Observa-se a relação entre a QV e a percepção que o paciente tem de si mesmo, do tratamento e do seu corpo por vezes transformado, que é fundamental para seu processo de recuperação. O paciente que, por algum motivo, consciente ou inconsciente, precisou passar pela grave experiência de ser internado em um Centro de Tratamento de Queimaduras terá de lidar com essa nova realidade. A relação da percepção subjetiva do paciente queimado com o mundo expressa-se em suas relações com outros indivíduos e com a sociedade, onde terá de trabalhar seus sentimentos, enfrentar preconceitos e estigmas, pois vive-se em uma sociedade onde a ideia de culto ao corpo e à aparência é muito presente.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes e a etiologia das queimaduras pela percepção de vitimizados e familiares em um Centro de Referência para Tratamento de Queimados em Mato Grosso do Sul.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar os aspectos socioculturais envolvidos nas causas de trauma térmico que interferem na qualidade de vida e na recuperação dos pacientes.

Apontar sugestões para prevenção de acidentes que levem ao trauma térmico, a partir das percepções e etiologia dos casos analisados.

5 METODOLOGIA

5.1 Abordagem qualitativa: alguns prévios esclarecimentos

A abordagem qualitativa é utilizada por ser considerada condizente com a compreensão de fenômenos de natureza mais subjetiva, entendendo-se que há domínios em termos de pesquisa que são qualificáveis, em detrimento de outros que são quantificáveis. Tal abordagem é requerida para os estudos que consideram e avaliam a experiência humana e a cultura, os que procuram relatar as histórias de vida ou lidam com estudos de casos (DENZIN, LINCOLN, 2008).

O objeto de uma pesquisa de base qualitativa são as pessoas, os sujeitos sociais, estes que possuem histórias de vida, experiências, percepções, interesses, desempenham papéis e possuem visões diferentes que podem mudar constantemente. Há, portanto, uma variação no que concerne ao critério de cientificidade defendido pelas duas abordagens em pesquisas, sendo que na forma qualitativa o principal critério considerado é a crítica interna, a qual deve possuir alguns requisitos (MINAYO, 2007).

Entre estes, há a coerência e a lógica, que tratam acerca da uniformidade do conceito; há a intersubjetividade, ou seja, a coerência do conteúdo subjetivo das pessoas envolvidas; há a consistência, esta que trata acerca da capacidade que o conhecimento deve ter de resistir à crítica e argumentação; há a objetivação, que concerne à interpretação da realidade, sempre considerada como provisória; por último, há a originalidade, esta que diz respeito à inovação do estudo em relação àqueles precedentes (MINAYO, 2007).

Apresentadas essas características, esclarecemos que essa abordagem não pode pretender o alcance da verdade, mas sim deve possuir como preocupação primeira a compreensão da lógica que se relaciona com a prática que se dá na realidade.

As duas abordagens podem ser, portanto, complementares no que diz respeito ao estudo do objeto da pesquisa. Afinal, podemos analisar tanto as relações causais – de causa e efeito – referentes ao objeto de estudo quanto analisar certos fenômenos através de uma interpretação sociocultural, enfatizando valores, vivências, interpretações e significações (para um grupo) que as pessoas possuem sobre esse determinado fenômeno (MINAYO, 2007).

Para atender os objetivos desta pesquisa foi utilizado o método de investigação de Estudo de Caso.

5.2 Desenho do Estudo

5.2.1 Estudo de Caso

Ao se falar de estudos de caso e de sua importância, implica em uma tarefa difícil a sua descrição e caracterização, tendo em vista suas diversas formas de utilização, juntamente com abordagens qualitativas e também quantitativas como uma modalidade de pesquisa que pode ser aplicada em várias áreas do conhecimento, da saúde, assim como tecnológicas e das ciências humanas e sociais (CRESWELL, 1994).

O Estudo de Caso é um método muito utilizado em pesquisas qualitativas, desenvolvendo-se em situação natural, rica em dados descritivos e que focaliza a realidade de uma forma complexa e contextualizada (LÜDKE; MENDA, 1986).

Obedecendo a uma perspectiva da pesquisa holística (sistêmica, ampla, integrada), o Estudo de Caso tem como objetivo compreender o “caso” no seu todo e na sua unicidade.

A despeito de ter sua origem nas pesquisas das áreas médicas e da Psicologia, que partem, em geral, de uma análise detalhada de um caso individual para explicar a dinâmica envolvendo o processo de determinada doença e obter um conhecimento acerca do fenômeno observado, por exemplo, o Estudo de Caso também é uma das principais metodologias de pesquisa da área de Ciências Humanas (MINAYO, 2007).

O Estudo de Caso baseia-se em uma investigação empírica, planejamento, coleta de dados e análise dos mesmos. Pode ter estudos únicos de caso, assim como ter múltiplos casos, da mesma forma que pode dialogar com abordagens quantitativas ou qualitativas. Um caso único pode ter como foco um único indivíduo (caso clínico, por exemplo), ou vários, incluindo organizações (YIN, 1994).

O estudo em que se opta pela unidade pode ser classificado como particular. O que opta por um caso para que se possa compreender uma questão mais vasta, pode ser classificado como instrumental. Aquele que opta por um estudo que faz uma

relação entre vários casos instrumentais interligados com vistas a compreensão de um fenômeno maior pode ser classificado de coletivo (STAKE, 1995).

Segundo Minayo (2007), “os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança”.

Dando sequência, temos que

os teóricos do método de estudo de caso aconselham aos pesquisadores que utilizem múltiplas fontes de informação, construam um banco de dados ao longo da investigação e criem uma cadeia de evidências relevantes durante o trabalho de campo. Os instrumentos utilizados nesse tipo de abordagem são dados secundários visando à contextualização do problema, documentos escritos e material primário recolhido em campo, por meio de entrevistas, grupos focais, e observação (MINAYO, 2007, p. 165).

Segundo Yin (1994), “o Estudo de Caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas”, o que se permite ter outra definição acerca deste método.

O método de Estudo de Caso (assim como outros métodos qualitativos) é útil quando algum fenômeno é vasto e complexo, no caso da queimadura, no qual o conhecimento existente não é suficiente para permitir que questões causais sejam propostas e quando um fenômeno fica impossibilitado de ser estudado fora do contexto no qual ele ocorre (BONOMA, 1985).

De forma sintética, Yin (1994) apresenta quatro aplicações para o método de Estudo de Caso: a primeira, para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas pelos “surveys” ou pelas estratégias experimentais; a segunda, para descrever o contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu; a terceira, para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada; por último, para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos. Bogdan e Biklen (1994) comentam da importância do enfoque à análise dos processos em vez dos resultados.

Entre algumas contribuições do Estudo de Caso, pode-se mencionar a possibilidade de criação de novas descobertas, em virtude de seu planejamento ser flexível e de possibilitar a observação das diversas faces de um problema, ao passo que permite uma análise aprofundada dos processos compreendidos em sua inter-relação (CRESWELL, 1994).

Segundo Yin (1994), “os estudos de caso, da mesma forma que os estudos experimentais, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos”.

Porém, como uma limitação, tem-se a dificuldade de generalizar a obtenção dos resultados. Um caso escolhido para análise pode ser completamente diferente em relação a outros possíveis, o que acarretaria em resultados diversos em relação ao objetivo da pesquisa. É nesse sentido que o Estudo de Caso requer atenção por parte do pesquisador, sobretudo, pelo fato deste estar totalmente envolvido em seu processo de investigação (CRESWELL, 1994).

Caso tal cuidado não ocorra, o pesquisador implica no risco de apresentar conclusões errôneas acerca de seu objeto pesquisado, ao basear-se em uma eventual particularidade que pode ser colocada como uma evidência de caráter universal.

No sentido de suprir esta lacuna, “os atributos que se esperam de um pesquisador que trabalha com estudo de caso são as mesmas requeridas de qualquer um que atua com abordagens qualitativas: habilidade para fazer perguntas, ouvir e observar, ser flexível e ao mesmo tempo firme nos parâmetros propositivos de sua investigação” (MINAYO, 2007).

De qualquer modo, existe uma imagem de certa forma errônea acerca do método de Estudo de Caso, o de que pelo fato de utilizar um ou poucos casos, pode ser mais fácil de ser conduzido. Evidentemente, levar isto em consideração implica em reducionismo, pois não podemos desprezar o nível de complexidade que uma pesquisa e seu método envolvem, assim como o rigor requerido para sua realização, análise e interpretação dos dados (MINAYO, 2007).

A despeito da aplicação do Estudo de Caso, este trabalho foi desenvolvido através de pesquisa de campo realizada junto aos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados, em Campo Grande – MS e seus familiares ou responsáveis.

Este trabalho, portanto, apresenta o método do Estudo de Caso como uma estratégia de pesquisa por considerar aspectos relevantes para o desenho e a condução de um trabalho de pesquisa para analisar as vantagens de sua utilização em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ).

Para tal, em uma abordagem qualitativa envolvendo o Estudo de Caso, os dados foram interpretados em um contexto de compreensão dos fenômenos relacionados ao processo de tratamento do paciente.

5.3 Participantes

5.3.1 Critérios de inclusão

Pacientes internados de ambos os gêneros, crianças e adolescentes procedentes do estado de Mato Grosso do Sul e, em alguns casos, de outros estados que compõem a região Centro-Oeste.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos desta pesquisa indivíduos de etnia indígena.

5.4 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital de referência, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, entre os pacientes internados em uma Unidade de Tratamento de Queimados. O hospital se mantém com verbas federais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), com contribuições oriundas de programas ligados a diversas universidades, além de doações particulares.

O hospital conta com a atuação de um extenso quadro de profissionais contratados, nas mais diversas áreas de atendimento médico, sendo considerado centro de referência nacional em algumas especialidades importantes, como a de transplantes de córneas, além de manter convênios com as Universidades locais para atendimento de estágios profissionais na área de Enfermagem, Fisioterapia e para os acadêmicos de Medicina. Realizando anualmente concursos para a área de Residência Médica em várias especialidades, o hospital conta ainda com alunos de

Escola Técnica de Enfermagem, os quais praticam no dia-a-dia, junto aos pacientes.

A unidade disponibilizava 16 leitos para atendimento de pacientes queimados, organizados em enfermarias distintas e atendidas por uma equipe exclusiva, com o eventual apoio de especialistas de outras áreas.

A equipe era constituída de cinco cirurgiões plásticos, seis médicos residentes, uma enfermeira (diariamente, *in loco*, das 6 às 12 horas), duas enfermeiras (diariamente, uma à tarde e outra, à noite, supervisionando), 20 técnicos de enfermagem em quatro turnos, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um assistente social, uma pedagoga, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, duas copeiras e duas profissionais de limpeza do ambiente, todos profissionais voltados para o atendimento dos pacientes queimados. Quando necessário, outros especialistas do Hospital eram requisitados pelos médicos ou pela enfermeira do Setor.

5.5 Procedimentos da Pesquisa

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram o Questionário Básico do Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), adaptado pela pesquisadora, o qual contém informações sobre dados de identificação da família dos pacientes, tais como sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, número de filhos, local de moradia e outros.

Outro instrumento foi o Documento de Protocolo do Paciente, que apontou dados como nome, idade, escolaridade, data do trauma, tipo da queimadura, grau da queimadura, tempo de internação, etiologia e prognóstico médico sobre a recuperação.

Também foi utilizada a entrevista não estruturada (aberta) que pretendeu obter informações dos pacientes e de seus responsáveis, sobre suas percepções durante o tratamento, as quais apresentaram aspectos que possibilitaram revelar uma maior expressão da subjetividade dos indivíduos envolvidos.

Vale ressaltar que se aguardou, sempre, que os sujeitos da pesquisa saíssem da fase aguda para mediata ou de recuperação para que fizesse o convite aos mesmos e seus familiares para participarem da pesquisa.

O estudo contou com alguns passos, conforme descritos a seguir:

- a) Foram incluídos na pesquisa 13 pacientes internados no período de agosto de 2012 a setembro de 2013, levando em conta o fato desta ser a capacidade dos sujeitos (crianças e adolescentes) internados no Centro de Tratamento de Queimados onde era factível a realização da pesquisa;
- b) A entrevista foi realizada, em sua maioria, na sala de atendimento pedagógico, por ser clara e com um ambiente confortável. Os horários eram marcados, normalmente, de acordo com a preferência dos pacientes e seus familiares.
- c) Antes de cada entrevista, o familiar era informado dos objetivos e do sigilo da pesquisa e assinava, quando concordava, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I);
- d) O responsável recebia o questionário sócio-demográfico para o devido preenchimento;
- e) Logo depois, o mesmo preenchia o documento de protocolo do sujeito da pesquisa;
- f) O procedimento feito com os questionários foi realizado de forma orientada e individual, tendo a pesquisadora acompanhado os familiares ou os pacientes sempre que solicitada, embora estes fossem majoritariamente alfabetizados, demonstraram mais segurança em companhia da pesquisadora. Ambos os questionários foram aplicados em um único momento de aproximadamente 30 minutos;
- g) Tempo livre para a entrevista aberta em que os sujeitos da pesquisa e familiares pudessem se expressar sobre o acidente através da seguinte pergunta norteadora: “Como você se sente no ambiente?”. Assim foram coletadas as expectativas quanto a sua percepção acerca da dor, do estresse, do processo de tratamento, da religião e de sua autoimagem durante a hospitalização.

5.6 Critérios Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida, com a aprovação do Comitê de Ética do Hospital de referência (Anexo I, em 07 de maio de 2012), na cidade de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, entre os pacientes internados em uma Unidade de Tratamento de Queimados.

Após convite e aceite para fazerem parte deste estudo, os responsáveis por crianças e adolescentes internados assinaram uma Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). Esta declaração compromete o responsável por esta investigação, como também garante aos sujeitos pesquisados, o sigilo e o anonimato das respostas, evitando identificação e exposição dos mesmos à comunidade. Este comprometimento das partes envolvidas evidencia o comportamento ético e científico.

Vale ressaltar que a pesquisa atendeu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, previstas na Resolução nº 466, de 12/12/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. Tal resolução baseia-se em documentos internacionais (Código de Nuremberg, 1947; Declaração dos Direitos do Homem, 1948; Declaração de Helsinque, 1964 e suas revisões, 1975, 1983 e 1989; Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos – ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992; Declaração Universal dos Direitos do Homem – Paris, 1978; Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS / OMS, 1982 e 1993; Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos – (CIOMS, 1991) e cumprirá, também, as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1996; BRASIL, 1997 *apud* JORGE; RIBEIRO, 1999).

6 APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL DOS CASOS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

1º Caso

Resultados

A pacientetinha seis anos de idade, estudante do primeiro ano do ensino fundamental. Ficou hospitalizada por 25 dias, devido à queimadura por chama, de terceiro grau e que havia sido atingida nos pés. Mora no interior do estado e pertence a uma família de classe média que vive em casa própria, com coleta de lixo, esgoto, banheiro e energia elétrica. Seu pai possui emprego registrado e a mãe não trabalha fora. Ambos são casados e possuem o primeiro grau incompleto. É uma família evangélica que reunia toda força religiosa pela cura da filha. Quanto ao prognóstico médico, não havia previsão de alta.

O acidente aconteceu no lixão do município onde mora quando seu pai foi depositar entulho de obra. A menina pisou em falso e afundou os pés em uma palhada que ainda tinha brasa por baixo. Seu avô socorreu-a rapidamente e a levou a um hospital, onde foi muito bem atendida.

Durante a entrevista, o pai comentou: *“foi desesperador, um sentimento de culpa me invadiu. Tratava-se de uma menina esperta, inteligente, meiga e que agora está passando por um processo tão doloroso. Cremos em Deus-Pai Todo Poderoso que tudo vai terminar bem, amém!”* Isto levou os pais a dedicar todo o tempo a ela, pois queriam vê-la melhor o mais rápido possível.

Enquanto estavam no hospital, sentiam-se bem amparados e esperando, a cada dia, sempre por boas notícias.

Discussão

Era filha única e como residia em outro município, ficava acompanhada por sua mãe. Nos finais de semana, o pai vinha a Campo Grande e acompanhava a filha, para que a mãe pudesse ficar na pensão em frente ao hospital, a fim de sair um pouco do ambiente hospitalar. A mãe aproveitava para comprar alguns mimos para sua filha.

Como a queimadura era nos pés, a menina precisava ficar com as pernas elevadas para minimizar a formação de edemas e se sentia muito incomodada. A queimadura de pés é uma área de grande importância funcional e, como extremidades, propensas a maior comprometimento circulatório pelo pequeno calibre dos vasos.

A equipe do Centro contava com psicólogo, pedagoga e terapeuta ocupacional que davam o suporte necessário à criança e sua família a fim de aliviar um pouco o sofrimento dos procedimentos inerentes ao tratamento em um CTQ.

Assim que a aluna pôde sair do leito, em uma cadeira de rodas, passou a frequentar a sala pedagógica oportunizando a ampliação de atividades lúdicas e de raciocínio lógico, no computador.

A criança, mesmo hospitalizada, consegue representar seu imaginário. Satisfazer essa necessidade de imaginação, de papéis, permite adquirir desembaraço na realidade difícil de sua idade. As primeiras informações que recebe, vivida nas relações de trocas com o que está perto dela, sejam objetos ou conteúdos transmitidos informalmente, mas nem por isso destituídos de valor, vão configurar internamente um esquema de conduta mais ou menos ativo, mais ou menos inquiridor, desejante do conhecimento de si e da realidade (MERLEAU-PONTY, 2011).

Um dado perceptivo isolado é inconcebível, se ao menos fazemos a experiência mental de percebê-lo (MERLEAU-PONTY, 2011). O sentimento de culpa sentido pelo pai, fez com que este fizesse uma análise reflexiva. Se a interpretação da culpa servir, nos engrandecer e for adaptativa e adequada funcionará certamente como um elemento para nosso desenvolvimento pessoal (MERLEAU-PONTY, 2011).

A visão da consciência desempenha uma função adaptativa que ajuda a aprender com experiências dolorosas como as queimaduras. Segundo Merleau-Ponty (2011), a reflexão se manifesta como uma verdadeira criação, como uma mudança de estrutura da consciência.

O indivíduo que, repentinamente, passa por um súbito e grave problema de saúde tende muitas vezes a questionar sua crença religiosa, procurando reavaliar sua conduta e seu conceito nesse campo. O êxito no tratamento médico, muitas vezes, vivifica e potencializa a fé religiosa de indivíduos que o atribuem a milagres (BLEY; NERNAZZA-LICHT, 1977).

As dificuldades de relacionamento com a equipe são reveladas através do discurso subjetivo em que os familiares apresentam sentimentos de mágoa por considerarem algumas exigências necessárias, como má postura profissional e falta de humanidade de alguns.

Com o transcorrer do tempo de internação, os familiares passam a compreender o tratamento qualificado realizado pela equipe e demonstram melhor aceitação, tornando-se mais colaborativos e participativos no tratamento. Estes familiares percebem que as relações, ora sofrida, agora se tornam acolhedoras e descobrem que atrás do profissional de enfermagem, o que lida mais intensamente com a dor do paciente, o ser humano que existe.

Segundo Merleau-Ponty (2011), a percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles.

Um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde, durante a última década, foi o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, bem como as medidas terapêuticas empregadas e o resultado do tratamento em sua vida (RUTA; GARRAT; LENGH; RUSSEL; MACDONALD, 1994).

Observou-se que quando o paciente adquire conhecimento do que está acontecendo com ele, sobre a lógica do tratamento e da dor, ele se percebe mais capaz de colaborar com o tratamento e contribuir para uma mais rápida recuperação.

É este domínio pré-objetivo que precisamos explorar em nós mesmos se queremos compreender o sentir (MERLEAU-PONTY, 2011).

2º Caso / 3º Caso

Resultados

Estes dois pacientes são irmãos. Eles se queimaram com chama. O agente etiológico foi o etanol. O bebê de um ano e oito meses teve queimaduras de 1º e 2º graus e o menino de 10 anos, de 2º e 3º graus. O maior frequenta o 4º ano. O tempo de internação do maior foi de 25 dias e o menor, por 15 dias.

O pai tem emprego registrado. Os proventos são suficientes para manter a família, que mora em casa própria. São de religião católica. Os pais cursaram a 1ª fase do ensino fundamental. O lixo da casa é coletado, possui sistema de esgoto, banheiro e energia elétrica.

Na entrevista, a mãe descreve como foi o acidente: *“era uma tarde de domingo, quando meu marido foi fazer um agrado à família. Não sabíamos que nesse agrado aconteceria uma tragédia. Meu marido foi fazer bife na chapa e usou para acender o fogo, álcool combustível. Houve uma explosão e o fogo atingiu meus dois filhos. O de 10 anos foi queimado na coxa, nos testículos e na barriga. O filho de um ano e oito meses foi no rosto. Foi um dia de desespero. O neném ficou três dias no Centro de Tratamento Intensivo. Mas graças a Deus, hoje estão bem, em recuperação. Vamos acabar com essa história de bife na chapa, senão vamos perder quem mais amamos”*.

O pai demonstrou muita preocupação com a recuperação dos testículos do filho. Sua aflição era de que o acidente compromettesse o órgão sexual do menino.

Discussão

A atenção dispensada a este bebê foi basicamente centrada no suporte emocional dispensado aos pais. A criança pequena ainda não tem o cognitivo desenvolvido para entender o que está acontecendo com ela.

A importância do afago, do toque, do colo com tom ameno da fala, tudo contribuiu para que ela restabelecesse o vínculo com os pais, antes da queimadura. Como a queimadura era de face, o bebê não conseguia abrir os olhos, pois esta região estava edemaciada. Vendo o filho intubado e mantido por sedativos, deixava os pais desesperados e reagindo de forma mais desorganizada.

A todo o momento, a equipe do CTI (Centro de Tratamento Intensivo) orientava aos pais de como lidar com seu filho a cada etapa da internação. Quando a criança foi transferida para o setor de queimaduras, os pais foram orientados a conversar com seu bebê, acariciá-lo, pegá-lo no colo e embalá-lo em ritmo suave e acalentador, como também, a participar das rotinas da Unidade, estimular na ingestão de alimentos, orientados pela nutricionista, e acompanhar seu bebê na hora do banho.

Sendo assim, a criança que precisou ficar internada na Unidade de Tratamento Intensivo precisou adaptar-se ao seu mundo circundante e junto com seus pais iriam enfrentar os fatos da consequência existencial de um rosto, talvez, modificado.

Ao longo da internação foi desenvolvido um acompanhamento psicoterápico mais constante com estes familiares, já que além do bebê havia o outro filho internado.

Atualmente, quando se pensa em qualidade de vida, durante a hospitalização, valoriza-se fatores que vão muito além do controle de sintomas. A qualidade de vida é um movimento que circunda todo o corpo biológico, psicológico, cultural e ecológico, permitindo, tanto ao profissional da saúde quanto ao paciente e familiares, avaliarem os impactos negativos do tratamento e da internação (COSTA; LORENÇO, 2002).

Considera-se que, durante a hospitalização, a qualidade de vida pode ser influenciada pela percepção que o paciente tem de seu estado de saúde, pois sua satisfação é influenciada pela ação da bagagem e valores de si mesmo (RIVERA *et al.*, 1999).

Em situação de hospitalização, o paciente de 10 anos e seu pai se veem totalmente dependentes de pessoas que lhes são estranhas, desconhecidas e muitas vezes não lhes são simpáticas, levando-os a um maior desespero que é o de enfrentar uma situação dolorosa, aterrorizante e catastrófica de estar com os testículos muito queimados como também em outras partes do corpo.

Olivieri (1985), quando estuda o ser doente, evidencia o desespero e a angústia do paciente que vive a perda da liberdade e a sensação de perda física. O mesmo autor diz que a construção do real é lenta e com a fé o desespero e a angústia melhoram.

Em relação à consciência do paciente de 10 anos, interessa explicitar a sua percepção acerca do tratamento, da sua relação com a equipe médica e demais profissionais, sobre os comprometimentos ocasionados pela injúria (autoimagem) e suas implicações.

As queimaduras de pênis requerem a inserção imediata para manter a abertura da uretra.

Segundo Merleau-Ponty (2011), o corpo perceptivo é preenchido de reflexos. Esta reflexão arrebatava-se a si mesma e vai além do ser e do tempo. Para este autor o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece.

Os pais dessas crianças, depois de compreenderem a situação da queimadura e possíveis sequelas dos filhos transformaram o desespero e a angústia em esperança através da fé em sua crença religiosa.

Para Merleau-Ponty (2011), a propósito, a essência da religião é aprendida quando se está incerto ou perplexo a respeito do que se há de fazer.

Este pai, segundo Merleau-Ponty (2011), “[...] se percebe no mundo como um cientista diante de suas experiências”, como se observou pelo fato de o pai ter experienciado o uso do etanol para acender o fogo e fazer bife na chapa.

Esta família padecia com dois filhos em processo de tratamento pós-queimadura, sofrendo todos juntos com as cicatrizes, traumas e desfiguramento da imagem corporal, criando meios de se adaptarem às situações de preconceitos através do desenvolvimento de uma nova postura comportamental.

Esses pais se sentem culpados pelos filhos terem se acidentado em casa, onde estavam em “proteção”. Entretanto, os estudos realizados por Carini, Grippaudo e Bortolini (2005) mostram que a maioria de acidentes com crianças, envolvendo queimaduras, ocorrem em casa, por falta de conhecimento dos adultos, sugerindo, então, a importância de campanhas educacionais em saúde pública.

4º Caso

Resultados

Paciente do gênero masculino, com oito anos de idade, estudante no 2º ano do ensino fundamental, vítima de queimadura por chama, ocasionada pelo uso do etanol, apresentou queimaduras de 2º e 3º graus, internado por 20 dias.

O pai é profissional autônomo. Os proventos não são suficientes. Moram no interior em domicílio alugado, com banheiro, energia elétrica, sistema de esgoto e o lixo coletado.

Quanto ao estado civil, os pais vivem em união estável e possuem escolarização em nível de ensino fundamental. Fazem questão de frequentar a igreja evangélica.

Este acidente aconteceu, segundo a mãe, porque “o fogo já estava se apagando e ele jogou álcool porque a gente estava fazendo bife na chapa. Meu filho é ativo o suficiente para se expor ao risco de uma tragédia”.

Discussão

Ao mesmo tempo em que a mãe expõe para si a responsabilidade do acidente, também a remete ao filho. Relata alguns comportamentos anteriores ao acidente como fazer “arte” e tomar substâncias tóxicas.

Cuidar nesse caso, para essa mãe, é estar em constante alerta, semelhante a um temor.

A equipe multidisciplinar do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) tenta aliviar o sofrimento do paciente e de sua mãe, a qual se sente responsável pelo acidente. Essa mãe precisa do apoio humanizado da equipe.

Ela se sente impotente, angustiada por não poder amenizar ou livrar o filho de tamanha aflição. Passa a ser primordial a situação de confiança entre mãe, criança e a equipe de saúde os quais terão que conviver durante toda hospitalização.

A equipe profissional, então, precisa se disponibilizar para ouvir o que o cliente tem a dizer, como ele se sente, seus medos, suas angústias. Borges e Carvalho (2004) abordam o processo de reabilitação e readaptação social da criança queimada, sendo que nesta fase é fundamental a psicoterapia, ao considerar o trauma da queimadura como uma ponte ruída e que é necessário unir a imagem que tinha de si mesmo aos sentimentos de si próprio após o trauma térmico.

É necessário, para estes autores, que seja resgatado os núcleos saudáveis do paciente, tentando evitar, mais tarde, crises de identidade mais desesperadoras. Ao mesmo tempo que há por parte da equipe uma preocupação com a criança, não se pode deixar de dar o apoio psicológico também à essa mãe que aos poucos vai se definindo, pelas manifestações de medo, tristeza, impotência, angústia, ansiedade e culpa.

Como esse filho irá olhá-la depois de ficar desfigurado, talvez como sendo ela a responsável pela injúria, e é aí que o sentimento de culpa domina a consciência.

Segundo Merleau-Ponty (2011), o mundo é nosso ambiente onde todos os nossos pensamentos e percepções se tornam explícitos.

Esta criança já estava recebendo atendimento pedagógico no leito, e eram visíveis a alegria em escolher livros de histórias para ouvi-las e visualizar suas gravuras. Em outros momentos, para relaxar e ficar mais confiante no ambiente hospitalar, as histórias já eram contadas através de CDs para que a criança, de olhos fechados, pudesse, ela mesma, criar suas imagens e projetá-las em forma de desenhos.

Este tipo de atividade proporciona a quebra da rotina imposta pelo repouso forçado. Para Merleau-Ponty (2011), só se pode compreender a função do corpo vivo quando o próprio indivíduo se levanta em direção ao mundo.

Observa-se que à medida que a dor da queimadura vai diminuindo, a ansiedade também e, com ela, as condições dramáticas que o tratamento exige, melhorando a qualidade de vida do paciente. A recuperação física depende também, e parece cada vez mais, da correta abordagem feita quanto aos impactos emocionais sofridos (ROCHA, 2002).

5º Caso

Resultados

Paciente do gênero masculino, com 12 anos e frequentando o 4º ano do ensino fundamental, tendo sido querosene o agente etiológico, apresentando queimaduras de 2º e 3º graus, cujo tempo de internação foi de 60 dias.

Quanto ao nível socioeconômico, o padrasto é profissional autônomo, os proventos não são suficientes, apesar de morarem em casa própria. Dependem, também, do Programa Bolsa Família. Moram no interior do estado. Informaram ser evangélicos.

Os pais vivem em união estável e cursaram o primeiro grau. A residência onde moram tem coleta de lixo, fossa séptica, possui banheiro e energia elétrica.

Trata-se de um paciente que veio passar as férias de julho aqui em Campo Grande, na casa da avó paterna. Ele e os primos ficaram sozinhos em casa, enquanto a avó foi rapidamente ao mercado. As crianças resolveram pegar formiga, usando querosene e ateando fogo para que o mesmo entrasse pelo formigueiro. Aconteceu uma terrível explosão. Os vizinhos, com a avó que acabara de chegar, levaram a criança para o Posto de Saúde mais próximo.

A avó falou sobre como foram os primeiros procedimentos adotados após o acidente: *“valorizei a ajuda e a solidariedade dos vizinhos e até mesmo de desconhecidos, eu estava desesperada. Fomos levados para a UPA e depois a ambulância me levou com meu neto para o hospital”*.

Entretanto, ao dar entrada no Pronto Atendimento, ele teve duas paradas cardiorrespiratórias que o deixou com grave sequela neurológica. Foi encaminhado ao Centro de Tratamento Intensivo, desorientado, no qual ficou por sete dias. Deu entrada no Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) com mais de 45% de queimaduras e passou por vários procedimentos realizados pela equipe de cirurgia plástica.

Discussão

A equipe do Centro, sempre atenta, decidida e amiga, dava o suporte afetivo ao paciente e à mãe que tentava suportar a existência de tanto sofrimento. O período de maior exaustão para seu filho era o diurno, no qual ocorrem procedimentos mais dolorosos, como o banho, desbridamento, curativos e fisioterapia (ARTZ; MONCRIEF; PRUITT, 1980).

Esta mãe dizia buscar na força do sobrenatural, explicação que diminuísse sua ausência forçada no cuidado do filho durante os curativos. Era uma mãe muito revoltada com a equipe de saúde, pois em sua compreensão, ela dizia: *“não sei da necessidade de tantos cuidados por causa de infecção”*.

No transcorrer do tempo de internação a mãe passa a relacionar-se de maneira diferente com a equipe de saúde, entendendo que os limites delimitados pela enfermagem são importantes e percebe, neste momento tão sofrido, que encontra o acolhimento na equipe de enfermagem.

Esta mãe passa a compreender que as infecções são ainda responsáveis pela alta morbimortalidade do paciente queimado, contribuindo para o aprofundamento das lesões, aumento da permanência hospitalar e das sequelas.

O acesso, nesta enfermagem, de todos os profissionais e acompanhantes, era sempre com vestimenta descartável (avental, máscara e gorro). Desde o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), o atendimento pedagógico se fez presente, com atividades de música ambiente convenientemente selecionada, já que o paciente se encontrava entubado e sedado.

Na enfermaria, a abordagem verbal foi utilizada, apesar de o paciente estar com o cognitivo comprometido pela seqüela neurológica causada pelas paradas cardiorrespiratórias.

À medida que imagens ampliadas e bem coloridas iam sendo mostradas, os contos iam sendo verbalizados pelo profissional com o intuito de facilitar melhor a compreensão do aluno/paciente.

Procura-se viver e exercer uma pedagogia de comunicação, com a preocupação da sensibilidade do paciente, familiares e profissionais.

É importante que o paciente se perceba, para que os estímulos elementares se organizem espontaneamente entre si no campo da sensibilidade e da percepção (MERLEAU-PONTY, 2011).

Como a fala deste paciente estava comprometida, uma postura interdisciplinar se fez necessária. Os atendimentos da pedagogia, fonoaudiologia, fisioterapia e psicologia puderam ser compreendidos como uma interciência resultante da colaboração entre essas disciplinas, com o objetivo de fazer com que os conteúdos se integrassem, depois de comparados.

Segundo Minayo (1991), uma estrutura de equipe só se consegue quando se opera através da interdisciplinaridade. A correta abordagem, não farmacológica, feita quanto aos impactos emocionais sofridos pelo paciente, é tão importante quanto o adequado tratamento químico (ROCHA, 2002).

Algum tempo depois, o paciente, quando solicitado, já conseguia tentar levantar uma de suas pernas, ou durante o atendimento de fisioterapia ou no pedagógico, quando balões coloridos eram chutados identificando cores ou quantidades às respostas de problemas de adição ou subtração. No dizer de Merleau-Ponty (2011), a percepção é a base de todos os atos, porque ela antecede a eles.

Quando a criança já não precisava mais do tratamento de queimaduras, o menino subiu à Pediatria para continuar com o atendimento de fisioterapia. A família junto ao Serviço Social conseguiu que fosse montada toda uma estrutura física e de saúde, para que se pudesse dar continuidade ao acompanhamento do tratamento necessário no domicílio.

Percebe-se o quão importante é o vínculo paciente, família e equipe de saúde quando forma uma interação social com conotação afetiva.

6º Caso

Resultados

Este é um paciente de oito anos, do gênero masculino, matriculado no 2º ano do ensino fundamental, que se queimou por chama, cujo agente etiológico foi o álcool a 46º, com queimadura de 3º grau, 45 dias de internação.

Quanto ao nível socioeconômico dos familiares, o padrasto é profissional autônomo, os proventos são suficientes. Moram no interior do estado, em casa própria. Professam a religião católica. Os pais vivem em união estável e são escolarizados.

Na residência há coleta de lixo, sistema de fossa asséptica, possui banheiro e energia elétrica.

Este também é o caso de um “grande queimado”, um menino que se queimou na casa de avós paternos, os quais o criavam junto com o pai em um município longe do qual a mãe morava.

Quando o acidente aconteceu, ninguém sabia dizer ao certo se foi álcool *outinner*. O menino virou uma tocha de fogo. Os avós passaram muito mal. A mãe disse: “*vou levar o caso à polícia e registrar a incapacidade dos avós e do pai de terem a guarda do menino*”.

Discussão

Diante da situação socioeconômica precária da grande parte da população de nosso país, encontramos crianças tendo fácil acesso a materiais perigosos armazenados pelos cantos da casa, facilitando assim a grande incidência de casos ocorridos por queimaduras. Os meninos têm brincadeiras de maior risco e, por isso, uma maior predisposição aos agentes causadores das queimaduras (COSTA *et al*, 1994).

Foram longos dias no Centro de Tratamento Intensivo. Alguns órgãos ficaram muito comprometidos. O tratamento nutricional se iniciou precocemente, logo após a recuperação anestésica do desbridamento inicial, já que o combate à dor, à ansiedade e à febre diminui os gastos energéticos. A dieta foi usada por sonda

nasogástrica que era trocada de narina a cada quatro dias a fim de evitar complicações infecciosas das vias aéreas superiores (otite, sinusite).

Este paciente apresentou obsessão pelo acidente que ocasionou sua queimadura, falava sobre o mesmo todo o tempo e sonhava com ele. Apresentava comportamento tímido e antissocial.

Sua mãe nunca saía do lado do filho. Meia hora antes do banho e curativo essa criança passava por sedação para que a dor fosse amenizada. O cansaço da mãe começou a tomar conta do corpo e da mente, sendo necessário que seu atual marido a substituísse.

O vínculo entre o menino e o padrasto foi se fortalecendo a cada dia de muito sofrimento que a presença da mãe começou a ser descartada por seu filho. Diversas cirurgias foram feitas e, sempre, com a presença do padrasto.

Jorge, Sugawara e Hsing (2004) relatam que com a aproximação da preferência familiar, há melhoras no quadro afetivo dos pacientes.

No dia de seu aniversário, a festa foi organizada no Espaço de Movimento Cultural, onde funciona o atendimento pedagógico. A sala foi toda decorada com o personagem Ben 10, conforme seu pedido. Como ele já se sentava, foi levado em uma cadeira de rodas e, mesmo cansado, transparecia muita felicidade.

Segundo Jorge, Sugawara e Hsing (2004), o tratamento deve ser global e multidisciplinar, promovendo uma melhora física e psíquica.

Apesar de o aluno fazer atividades de leitura, interpretação e assistir filmes de desenhos no aparelho de DVD, na enfermaria, desde este dia ele passou a frequentar o espaço pedagógico, onde retornou às atividades escolares, jogos recreativos e de raciocínio no computador, dramatização e pintura.

O atendimento pedagógico proporcionou desde o início, dentro das possibilidades, atividades que garantissem a capacidade intelectual e o rendimento escolar. O objetivo, neste sentido, era o de preparar este aluno para o retorno à comunidade escolar.

Não há dúvida que trabalhar com o sujeito total é também estar como ser total no trabalho. Mas não é fácil. A tarefa só pode ser prazerosa se desenvolvida em um espaço de confiança e liberdade (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

7º Caso

Resultados

Paciente do gênero feminino com 15 anos, frequentando o 7º ano do ensino fundamental, se queimou gravemente por chama, tendo como agente etiológico o etanol, ao fazerem bife na chapa. Apresentou queimaduras de 2º e 3º graus. Passou por 43 dias de internação.

Nesta família, o pai possui trabalho autônomo, cujos proventos não eram suficientes. Oriundos do interior, moravam em casa alugada. Frequentavam a Igreja católica. Os pais vivem em regime de casamento civil e têm escolarização referente ao ensino fundamental.

Moram em residência com coleta de lixo, sistema de fossa séptica, com banheiro e energia elétrica.

Esta paciente ficou 10 dias em tratamento em um Hospital do interior, onde morava, sem especialista para tratamento de queimaduras. *“Como minha filha está piorando, entendemos do perigo que ela está correndo e queremos sua transferência ao mais rápido possível para outro hospital”*.

Discussão

Um novo momento de tratamento que se iniciou em outro hospital trouxe para a família algumas incertezas. Sua mãe sofria por ter que confiar em pessoas desconhecidas e que muitas vezes não lhes eram simpáticas, o que a levava a um desespero existencial de ter que estar vivenciando uma situação catastrófica de queimadura.

Para não sentir dor excessiva, a paciente passava por sedação. Foi submetida a algumas intervenções para realização de enxertia. Esta paciente se via totalmente dependente da equipe de saúde. Queria que esta assumisse toda a responsabilidade pela sua cura.

É como se perdesse o seu querer. Desejava sempre estar sedada. Não queria vivenciar a grave situação pela qual passava. Acreditava, dessa maneira, não ter que lutar contra a doença.

A enfermagem preparava psicologicamente esta paciente todas as vezes que ia para o banho, mesmo tendo sido utilizado o sedativo endovenoso, havia a possibilidade de dor, mas sempre afirmando que iria ser menor do que no último curativo. Nesse caso, o médico seguia o esquema proposto pela Organização Mundial de Saúde, conhecido como "escala analgésica" que, segundo Yamashita, Takaoka, Auler (2001) utiliza-se analgésico com potência crescente de acordo com a intensidade da dor.

Esta paciente passou a ter sentimentos agressivos contra o médico por não a curar da queimadura e que valorizava muito pouco suas queixas.

Para Lipp e Rocha (1996), o estresse é uma reação psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos, e a determinados eventos que irritam, amedrontam, excitam ou confundem a pessoa.

A atuação do psicólogo, de extrema importância, levava a paciente a identificar seus sentimentos, criar formas de lidar com a dor, a fim de auxiliar no processo de tratamento medicamentoso.

Segundo Simonton (1987), inúmeros relatos de sucesso foram apresentados com aplicações de técnicas psicológicas de controle da dor em pacientes com doenças que apresentavam dor crônica.

Durante os atendimentos pedagógicos, esta aluna/paciente só interagiu na enfermaria, assistindo a filmes do tipo comédia ou lendo artigos informativos relativos ao seu nível de escolaridade.

Estas atividades aconteciam nos momentos em que a aluna estivesse acordada, já que a mesma tentava fugir da realidade, dormindo.

No dizer de Merleau-Ponty (2011), é como se a paciente não se ocupasse mais de seu corpo, nem do tempo, nem do mundo, tal como o vive.

Todas as manhãs, por volta das seis horas e 30 minutos, os técnicos da Clínica de Oxigenoterapia Hiperbárica vinham buscá-la para mais um atendimento. Para ela, este momento, também era muito angustiante. Ficar dentro de uma câmara hiperbárica fazia com que se sentisse sufocada.

Nesse sentido, o atendimento pedagógico se fazia presente com o objetivo de resgatar os conhecimentos escolares, compreendendo o processo de metabolismo celular, a função dos tecidos e a importância da utilização do oxigênio a 100% na recuperação dos tecidos.

Propiciar ao paciente/aluno e seus familiares refletir e entender as diversas formas de métodos de tratamento e que este, por exemplo, reduz o tempo de cicatrização e melhora o aspecto das lesões, minimizando o edema e promovendo a vitalidade dos tecidos (HART; O'REILLY; BROUSSARD; CAVE; GOODMAN; YANDA, 1974).

Tornar estes indivíduos capazes de tomar decisões positivas frente ao conhecimento, de perceberem a importância das ciências e tecnologias é, segundo Merleau-Ponty (2011), levá-los a uma análise reflexiva de uma experiência de mundo, porque a cada momento, o campo perceptivo é preenchido de reflexos.

Os pais e sua filha entenderam que o tratamento hiperbárico, mesmo que sofrido, com o acréscimo ao tratamento convencional, é muito importante, uma vez que diminui o tempo de internação, número de curativos, cirurgias e o uso de medicamentos (MÉLEGA; ZANINI; PSILLAKIS, 1992).

8º Caso

Resultados

Paciente do gênero feminino, com 10 anos de idade, frequentando o 2º ano do ensino fundamental, com queimadura por chama causada por querosene, apresentando queimadura de 3º grau e hospitalizada por 75 dias.

A família era sustentada pelo pai que era profissional autônomo e os proventos não eram suficientes. Esta família era oriunda do interior e morava em assentamento. O pai informou ser casado no civil e ter frequentado a primeira fase da escolarização, enquanto que a esposa lia muito pouco.

O tratamento do lixo segue as orientações ambientais e é colocado em um espaço coletivo para ser coletado. Possui sistema de fossa séptica e não há energia elétrica.

“Minha filha se queimou por chama usando querosene para acender a lamparina. Moramos em um assentamento porque chegamos a pouco do Paraguai. A mãe dela é alcoólatra e não cuida dos quatro filhos”. O pai, o qual acompanhou a filha durante dois meses de internação, preparava remédios caseiros à base de folhas para poder dar de comer aos filhos. Nos últimos 15 dias de internação, a mãe foi que acompanhou a filha.

Discussão

Esta criança sofreu queimaduras nos pés e pernas e mal podia se mexer. Os curativos aconteciam diariamente. O sofrimento na hora do banho era tão drástico que meia hora antes ela precisava ser sedada. A dor era física e emocional. Segundo Roberts e Pruitt (1980), a enfermagem, nesses casos, não subestima a dor do paciente, mas avalia e intervém.

Entende-se que equipe de enfermagem esteja presente vinte e quatro horas com a paciente a qual participa de todo o processo de dor, ora atuando em procedimentos dolorosos, ora como agente que alivia a dor.

Esta paciente apresentava ansiedade antecipada sobre os procedimentos, já que eram extremamente estressantes. Sofria de insônia e quando já amanhecia o dia havia um aumento progressivo da dor. A ansiedade é difusa, referenciada no aparelho respiratório e pode levar a diversas somatizações (ROCHA, 2002).

Outro momento de muita ansiedade foi quando a paciente começaria a fazer oxigenoterapia hiperbárica. Devido ao seu histórico exacerbado de estresse, o médico foi conversar, dizendo que ela iria dar um passeio de ambulância até a clínica, como funcionava a terapia, procedimento sem dor, o tempo de duração, entre 90 e 120 minutos, e que teria a companhia de outros colegas queimados acompanhados por um profissional responsável, que se manteria todo o tempo junto aos pacientes.

Explicou que com este procedimento diminuiria o tempo de internação, o número de curativos, de cirurgias e o uso de medicamentos.

Durante o atendimento pedagógico, quando a aluna desenhava seu próprio corpo, só conseguia apresentá-lo por figuras geométricas espalhadas. Ao receber de presente uma boneca de uma enfermeira, conseguiu se organizar mentalmente e, no dia seguinte, já conseguia representar a figura humana sem dificuldades.

A criança, por exemplo, apesar das mãos e braços livres de ataduras, na verdade ela se percebia totalmente enfaixada. Foi preciso acontecer algo que mexesse com o afetivo para sensibilizar seus movimentos cinestésicos. Segundo Rossel (1977), não é a sensação tátil que contribui para a estruturação do esquema corporal, mas a sensibilidade cinestésica: perceber os movimentos. A motricidade se apresentou como uma reação global, onde os fenômenos motores e psicológicos se entrelaçaram.

Ainda segundo Rossel (1977), existe um paralelismo entre o desenvolvimento das funções motoras e das funções psíquicas. Observou-se, nesse caso, que o pensamento e a ação estavam comprometidos pela emoção.

O atendimento pedagógico tinha um horário bastante flexível, determinado pelo tempo disponibilizado pela ida à clínica hiperbárica, hora do banho, curativo e fisioterapia. Nossos encontros eram mais para conversas informais com conotação informativa, sobre o que estava acontecendo pelo Brasil ou no mundo, porque apesar de estar no segundo ano do ensino fundamental a aluna era uma jovem adolescente com responsabilidades na família. A aluna escolhia o que desejava ler, qual o material para desenhar ou pintar e o filme a assistir.

Firmino (1997) destacou que são poucas as patologias reconhecidas como penosas, estando o paciente queimado incluído neste grupo. Foi mencionado por Maciel e Serra (2004) que a situação de um paciente considerado “grande queimado” é extremamente estressante, causando uma série de riscos à sua saúde mental.

Rocha (2002) refere que com o passar do tempo, o paciente adquire domínio e segurança sobre sua hospitalização. Gomes (2000) comenta que o paciente que se sente como cidadão hospitalizado (dono de seus direitos), percebe-se com boa QV. Segundo ele, o próprio processo de internação prolongada leva o paciente à se sentir mais disposto, com mais vitalidade.

Percebe-se que durante a hospitalização, o conhecimento da interface entre o físico e o mental, através da subjetividade, contribui para intervenções terapêuticas mais adequadas, tanto as físicas quanto as psicológicas aos pacientes submetidos a condições de sofrimento agudo (ASSIS, 2004).

9º Caso

Resultados

Paciente de nove anos de idade, do gênero masculino, matriculado no 3º ano do ensino fundamental, sofreu queimaduras por eletricidade de 2º e 3º graus, permanecendo em 35 dias de internação.

A família tinha o pai como profissional autônomo. Os proventos não eram suficientes para o sustento da família, moravam na capital, em casa alugada, onde o lixo era coletado, com sistema de esgoto, banheiro e energia elétrica.

Quanto ao quesito religiosidade, a família informou ser católica e não praticante. Os pais vivem em regime de união estável e informaram ser alfabetizados.

Esta criança estava soltando pipa, quando a viu ficar presa ao fio de alta tensão. Se sentindo capaz de soltá-la, subiu no poste e foi bruscamente eletrocutado. A família ficou em pânico percebendo a gravidade do acidente.

A eletricidade entrou por uma das mãos e saiu por um dos pés. Os pais viram seu filho permanecer no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) por 10 dias e, segundo eles, foi uma situação mais sofrida que os pais e a criança já passaram.

Para eles, a ocorrência da queimadura determinava uma situação de abandono; o fato de o filho estar isolado, em um box, significava ter o mínimo de contato com os membros da equipe de saúde e, conseqüentemente, com o mundo externo. Para os pais, *“nosso filho, agora, está sem atividade, sem estimulação e, principalmente, com um enorme sofrimento”*.

Discussão

Este seria mais um dos pacientes considerado “grande queimado”, que tentam sobreviver, reagindo contra falência de alguns órgãos.

Como sempre, o conhecimento da situação, para uma criança de nove anos, deve ser explicado, para que ela perceba o que está acontecendo com ela e não perca a vontade de viver. A criança nesta situação tenta racionalizar e entender a ausência da mãe, mas pode-se sentir claramente seu sofrimento.

É importante ressaltar que no CTI, diversas atividades (histórias, músicas, jogos, etc.), desenvolvidas pela pedagoga, profissional da equipe do Centro de Tratamento de Queimaduras, funcionava como elemento facilitador para que o paciente conseguisse elaborar seus sentimentos como doente hospitalizado.

Ao chegar à enfermaria, vinda do CTI, a criança não identificou o profissional que lhe contava histórias. A máscara, a touca e o avental, necessários no primeiro ambiente, fizeram com que a criança criasse uma imagem dentro de suas expectativas, que foi desfeita ao se deparar com a imagem real da pedagoga. O

vínculo que havia sido formado no CTI se perdeu. Uma nova relação, então, precisou ser formada.

A queimadura elétrica foi por corrente alternada, entretanto, a criança caiu do poste, não permanecendo tempo suficiente em contato com a corrente elétrica. Ela percebia que sua mãe só o via três vezes ao dia e que muitos rostos desconhecidos iam a todo o momento manipulá-lo, por diferentes apetrechos com líquidos.

A criança queria saber o porquê disso e sua mãe explicou estar ele em um lugar de tratamento só para crianças que estão muito machucadas, chamado CTI. Mas assim que melhorasse, ele poderia subir para outro andar, onde ela ficaria direto ao seu lado.

Na queimadura elétrica ocorrem lesões diretas na pele (lesões de entrada e saída) e as arritmias, que são as lesões mais graves (fibrilação ventricular ou assistolia) (MACIEL; SERRA, 2004).

Uma vez estabilizadas as condições cardiopulmonares e renal, o cirurgião plástico iniciou tratamento dos tecidos destruídos dos locais de entrada (chamuscamento) e saída (explosão) da corrente. Queimaduras por rede de alta tensão geralmente atingem pele, subcutâneo, músculos, tendões, vasos, articulações e ossos.

Depois que a corrente penetra no corpo, rapidamente ela percorre as linhas de menor resistência, ou seja, os líquidos tissulares e ao longo dos vasos sanguíneos, onde pode ocasionar degeneração das paredes e trombose. Progressivamente, vão sendo destruídos os tecidos (SILVA; SILVA, J., 1988).

O cirurgião plástico fazia avaliações frequentes pela facilidade com que este tipo de queimadura evolui, constantemente, com aprofundamento das lesões, levando às vezes à exposição de músculos, tendões e ossos, além de apresentarem significativas repercussões clínicas.

Como se tratava de uma queimadura de grande intensidade, segundo Bower (1990) as reservas energéticas são consumidas de quase todos os componentes do sistema imune, contribuindo diretamente para complicações infecciosas.

Este paciente deixava transparecer, durante os procedimentos do banho e curativo, uma dor que era intensamente orgânica, capaz de deixar alguns profissionais da equipe cuidadora extremamente fragilizados. Caso a forma como o indivíduo reaja no seu dia-a-dia for constantemente estressante, sempre alerta,

poderá ficar muito debilitado, como se estivesse sempre em fase de resistência e, por conseguinte, mais vulnerável (LIPP, 2000).

Descobrir seu próprio corpo, muitas vezes mutilado, pela conscientização; aprender a conviver com esta nova realidade, é tarefa dolorosa que se atribui, neste primeiro momento, quase que inteiramente ao paciente (ANZIEU, 1989).

A abordagem lúdica foi marcada pela importância na terapêutica deste paciente, visto que o brincar é a linguagem que a criança utiliza para se comunicar com o mundo. Segundo Merleau-Ponty (2011), o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece.

Foi solicitado que a mãe trouxesse brinquedos de casa que fossem da preferência da criança. Enquanto o aluno/paciente brincava, observava-se como ele falava sobre a doença (interpretação), sobre o tratamento (conhecimento), o hospital (crítica), a saúde dos irmãos (emoção) e sobre a morte (lógica).

Manipulando brinquedos, criando situações parecidas com as que vivenciava, a criança conseguia, com alguma facilidade, aliviar o sofrimento causado pela hospitalização.

"O brinquedo é ele mesmo uma grande fonte de desenvolvimento, fornecendo ampla estrutura básica para mudanças da consciência" (VYGOTSKY, 1984).

O brinquedo age por si dentro da situação, preparando o caminho para o trabalho pedagógico, o qual era de se esperar, por parte da família, uma preocupação com o conteúdo escolar. Apesar de o paciente estar no terceiro ano do ensino fundamental, deve-se observar as condições psicológicas do paciente, não só sua idade cronológica, mas também sua idade mental, que às vezes poderá estar comprometida pelo acidente.

Este paciente estava impossibilitado de usar sua mão direita, que era seu lado padrão. Foi explicado à mãe que, no momento, o mais importante era o de selecionar as atividades certas para seu filho, já que a lesão de mão é em uma área de grande importância funcional e, como extremidade, propensa a maior comprometimento circulatório pelo pequeno calibre dos vasos.

A postura interdisciplinar, no centro, possibilitava a troca de quais melhores atividades pedagógicas junto à fisioterapia e pedagogia, seria mais assertiva como contribuição para o progresso de melhora, tanto física, emocional e cognitiva, a fim de não acarretar deterioração na capacidade intelectual ou do rendimento escolar do paciente.

Esta mãe, sempre que o filho ia para a balneoterapia (procedimento que consiste em banho, limpeza e curativos), fotografava todo o processo e enviava para a escola, a fim de mostrar a complexidade do tratamento, já que por falta de conhecimento, a escola não entendia porque o aluno não tinha condições de estudar no hospital e fazer as avaliações enviadas.

A escola foi convidada a participar de um dos projetos do Centro, intitulado "O lado afetivo da escola chega ao hospital", o qual oportunizava que um diretor, coordenador ou professor pudessem visitar seu aluno em qualquer horário que lhes fosse viável.

A equipe de profissionais do Centro também passou por mudanças comportamentais e psicológicas, respeitando as características próprias do paciente e seus familiares, como dificuldades, capacidades, crenças e emoções durante o processo de hospitalização, o que contribuiu para descaracterizar a imagem de desumanização atribuída às internações, assim como de suas expectativas após a alta hospitalar.

Esses profissionais puderam ver de perto a condição existencial desta criança e sentir a carga emocional que acompanha este aluno/paciente, que ainda corria o risco da amputação de alguns dos dedos.

As atividades propostas durante os atendimentos pedagógicos junto com a fisioterapia foram o de desenvolver habilidades de escrita e com o uso de tesoura para manter a força, principalmente de preensões no membro superior. O aluno participava, com alegria, das atividades propostas.

10 ° Caso

Resultados

Esta criança de dez anos, do gênero masculino e frequentando o 4º ano do ensino fundamental se queimou por chama, cujo agente etiológico foi o álcool a 46º, sofrendo queimaduras de 2º e 3º graus e cujo tempo de internação foi de 32 dias.

Quanto ao nível socioeconômico, a família era sustentada pela mãe, a qual trabalhava como faxineira, pois o pai está separado da família. Os proventos não eram suficientes.

Residem em casa emprestada na capital. No quesito religião, a mãe se disse católica não praticante. A mãe frequentou o ensino fundamental incompleto.

A residência onde moram possui sistema de fossa séptica, banheiro e energia elétrica.

Sobre o acidente, a mãe comentou: *“Meu filho pensa que se queimou brincando com álcool porque não me obedece e porque vivo exigindo notas melhores na escola. Vi também que nos dias seguintes da internação, ele se mostrava mais tranquilo, brincando e se divertindo com as risadas de um bebê”*.

Discussão

Pela grande quantidade de queimaduras por álcool, a Resolução RDC, nº 465, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 2002, determinou a substituição do álcool líquido de 46º pelo tipo em gel. As queimaduras por álcool caíram em torno de 60% em vários hospitais do país (BRASIL, 2008).

Este é um jovem adolescente hiperativo, não parava em sua enfermaria, não respeitava os profissionais do setor, discordava com todos e por tudo. Gritava quando sentia dor, não sossegava em seu leito, não descansava, não relaxava. Sempre criava formas de brincar, se divertir ou realizar tipos de habilidades, mesmo com a limitação imposta, por exemplo, pelo soro.

Deixava de ser apenas “paciente” que assiste e teme o desenrolar dos acontecimentos sem nada saber. Não queria fazer fisioterapia, porque era muito dolorido. No momento do banho toda a equipe tinha que se mobilizar, juntamente com a mãe que prometia comprar sempre alguma coisa, fosse comida ou uma roupa.

Era feito uma analgesia bem antes, mas nada o fazia se tranquilizar durante a balneoterapia (banho, limpeza e curativo). Neste momento, a fisioterapeuta utilizava seu atendimento, por ser um paciente que oferecia muita resistência ao atendimento no leito e, também, por precisar realizar alguma conduta com exposição das áreas atingidas.

Esta criança, segundo a mãe, muitas vezes, tinha um comportamento triste e agressivo, por não concordar com sua permanência no hospital. Depois que foi convidada pela pedagoga a participar da confecção de móveis e da decoração do

berço de um amigo bebê que sofrera queimadura por escaldadura, ele começou a ter outra conduta, disse a mãe.

Depois de permanecer longo tempo observando e acariciando a criancinha, ele contou que aquele bebê estava sofrendo muito e que se para ele era tão difícil permanecer doente no hospital, o que dizer de uma criança tão pequenina. Quando o bebê teve alta, a criança disse nunca poder imaginar que uma criancinha tão pequenina pudesse brincar feliz em um hospital.

Sempre volto a comentar sobre a postura interdisciplinar dos profissionais do centro, com a intenção de oferecer uma boa qualidade de vida ao paciente. Como este aluno sempre procurava o espaço pedagógico, mesmo fora do horário de seu atendimento, a fisioterapeuta solicitou que fizesse com o paciente durante o atendimento pedagógico algum tipo de atividade na qual ele precisasse erguer os braços e abaixar o corpo, sustentando-o pelas pernas.

No horário do atendimento pedagógico, perguntei se ele conhecia o personagem Tarzan e pedi que desenhasse uma cena, onde o Tarzan aparecesse. Fez um desenho com floresta e um lago com jacaré. Escreveu uma pequena história. Convidei-o para juntos dramatizarmos o que ele havia escrito.

Penduramos uma longa atadura no armário duplex que seria o cipó. Agora ele seria o Tarzan e eu a Chita (a macaca amiga do Tarzan). Ele ergueu os braços se pendurando no “cipó” e gritava como o personagem. Trocamos de personagens e ele foi maravilhoso, pulando, abaixado, imitando a Chita.

O aluno foi surpreendido pelas palmas e um grande abraço da fisioterapeuta. Ele recebeu elogios de todos da equipe ao dizerem, ser ele, muito inteligente e capaz de resolver situações muito difíceis. Estacriança passou a ser um paciente colaborativo, em plena atividade motora, apresentando menos sequela e menos complicações hospitalares.

No dizer de Merleau-Ponty (2011), “só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direção ao mundo”. Para este autor, o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece.

Merleau-Ponty (2011) comenta que as funções psíquicas elementares se distinguem das funções superiores, mas que estão ligadas à estrutura corporal porque os dois tipos de funções se cruzam.

A situação que aconteceu com o paciente tratado, neste caso, diz respeito justamente à maneira pela qual o indivíduo interage com sua individualidade e subjetividade, com o mundo externo, portanto, a maneira como ele é influenciado e como influencia. Logo, o acesso a uma “vida com qualidade” é determinado por uma relação de equilíbrio entre forças internas e externas (BALLESTEROS, 1999).

O paciente deve aprender a lidar com a doença e suas limitações, o que requer formas de suporte social e psicológico (FRANÇOSO; VALLE, 1999). Suas idas à sala pedagógica que antes era de seu interesse, jogar no computador ou pintar a guache, passou a se preocupar com as atividades escolares, interessado em tirar dúvidas para melhorar seu desempenho na escola.

O trabalho atento, decidido e amigo pôde ajudar a este adolescente que por algum motivo, consciente ou inconsciente, precisou passar pela grave experiência de ser internado em um Centro de Tratamento de Queimaduras.

11º Caso

Resultados

Adolescente com 18 anos, do gênero masculino, matriculado no 8º ano do ensino fundamental na educação de jovens e adultos (EJA), com queimadura por eletricidade, de 3º grau e hospitalizado por 60 dias. O pai, responsável pelos proventos da família, é profissional autônomo, mas os mesmos não são suficientes.

A família mora em uma chácara, em uma casa emprestada na capital. O lixo é queimado, tem sistema de fossa e possui banheiro e energia elétrica.

São católicos, mas não praticantes. Os pais vivem em regime de união estável e os dois são escolarizados.

Este adolescente morava em uma chácara. *“Um temporal caía acompanhado de raios. A imagem da televisão estava ruim. Eu subi no telhado para arrumar a antena e levei comigo um celular para poder conversar com meu filho que ficou dentro da casa. Quando meu filho telefonou avisando que a imagem já estava boa, aconteceu uma descarga elétrica junto à antena que descarregou talvez uns 3000 W nele. Dizem que foi pelo celular, só sei que meu filho ficou paralisado”*.

Discussão

A eletricidade é um insumo indispensável no mundo atual, proporcionando conforto e bem estar à população. No entanto, trata-se de um agente causal importante de queimaduras, podendo ocorrer sequela e incapacitação, além de requerer longos períodos de tratamento e recuperação.

Às vezes, o transporte é um fator crítico para a ressuscitação da vítima, considerando tempo-distância, número de injúrias que a vítima apresenta e a capacidade de recursos da equipe de resgate (MACIEL; SERRA, 2004).

A gravidade das queimaduras elétricas está ligada ao tipo de corrente e a desse adolescente foi a alternada e, por ser a mais perigosa, logo o adolescente entrou em processo de arritmia. A amperagem por ter sido muito alta, fez com que a lesão fosse muito grave.

Nas queimaduras elétricas, as lesões de pele que ocorrem são pela porta de entrada e saída e comprometendo alguns órgãos pelo percurso feito pela eletricidade. Esse paciente passou junto com seus pais momentos muito delicados, um jogo entre a vida e a morte.

Muitas vezes, o hospital passa a ser não só um lugar onde se cura, mas também onde se morre (EIZIRIK; POLANCZYK; EIZIRIK, 2001).

Então, a religiosidade tomou conta do ambiente. Era o católico, o evangélico e o espírita, todos unidos pela melhora desse paciente, unidos pelo mesmo Deus.

Todos pediam pela iluminação dos médicos. Nesse momento, a família acreditava que o conhecimento do médico não seria o suficiente, que ele dependeria de algo maior, de uma divina iluminação mental.

Segundo Rivera, Roldán, Casanova, Beltran (1999), a religião é de suma importância durante a hospitalização, para o paciente e seus familiares, porque a dor e a qualidade de vida são influenciadas pelas crenças e valores do paciente.

Os prognósticos médicos de boa recuperação parecem influenciar a qualidade de vida (QV) do paciente. Nucci (2003) sugere que a auto percepção de bem ou mal estar parecem contribuir na evolução biológica da enfermidade, podendo constituir-se em cofator terapêutico, concluindo que o papel da Psicologia parece ter contribuído para melhor QV dos pacientes hospitalizados.

Esse paciente teve um déficit neurológico-motor, mas mostrando alguma melhora com o passar do tempo.

A condrite de pavilhão auricular tivera que ter atenção especial. Este tipo de infecção caracteriza-se por dor, edema, rubor e aumento de volume da orelha. O tratamento deve ser cirúrgico, com o desbridamento focal de toda a espessura da cartilagem (MACIEL; SERRA, 2004).

A mão do paciente passou por desbridamento do tecido lesado e por enxertias posteriores. Ele passou por processo de traqueostomia e mais tarde, conseguiu reaprender a falar, acompanhado pela fonoaudiologia. Os pais, o filho e a equipe do Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) procuraram juntos, analisar o fenômeno do acidente, como esse cotidiano aconteceu, como ele, o paciente, se envolveu, a maneira como compreendeu e atuou nessa situação que se fez presente.

É importante que o paciente reconheça que cada um possa realizar suas próprias limitações e possibilidades de movimentos, porque isto ajuda o paciente que sofreu trauma térmico a localizar-se e aceitar-se, isto é, ter uma percepção mais precisa de si e do mundo.

Se o campo que sofreu um fenômeno é um campo novo, segundo Merleau-Ponty (2011), ele nunca será ignorado pelo pensamento que estará sempre presente nas imposições dos movimentos. “A percepção é, portanto, o pensamento de perceber”. O reconhecimento do fenômeno se dá na consciência, levando a uma nova reflexão (MERLEAU-PONTY).

Esse adolescente utiliza sua mente, usa uma das mãos, reage sensitivamente ao que vê, ouve, sente ou toca, desenvolve desejos de se comunicar com os outros; tudo isso faz parte do seu bom êxito. Quanto mais sensitivas forem as relações estabelecidas pelo paciente, maior será a consciência e mais rica sua vivência.

Redescobrir, depois do mundo natural, o mundo social, configura a dimensão de existir no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

12º Caso

Resultados

Criança com cinco anos, do gênero masculino, frequentando Centro de Educação Infantil (CEINF), queimado por chama, ocasionado por gasolina, com queimadura de 2º e 3º graus e internado por 45 dias.

O pai é profissional autônomo, morador na capital, responsável pelo sustento da família que mora em casa alugada, disse que os proventos não são suficientes.

Quanto ao estado civil, os pais vivem em união estável. Possuem o ensino fundamental incompleto. Frequentam igreja evangélica.

Quanto às necessidades domiciliares, o lixo é coletado, a casa possui sistema de esgoto, com banheiro e energia elétrica.

O pai quando fala sobre o acidente com seu filho de cinco anos, demonstra um grande sofrimento quando encena a situação crítica: *“ao ver meu filho transformado em uma tocha de fogo, quando só havia dois dedos de gasolina no fundo do frasco que estava debaixo de sol e chuva. Foi quando meu filho, com outros colegas, resolveram abrir o frasco para queimar formigas, mas já com o isqueiro aceso, teve uma explosão”*.

Discussão

Este paciente, apesar de morar na capital, demorou algumas horas para chegar ao hospital. Assim que deu entrada na instituição, foi removido ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

Esta demora comprometeu os rins. O prognóstico da insuficiência renal aguda é considerado, pelos médicos, muito ruim. Esta complicação quando instalada, apresenta uma elevada taxa de mortalidade, inclusive nos centros de tratamento de queimados (MACIEL; SERRA, 2004).

Em crianças queimadas observou-se uma queda de mortalidade por insuficiência renal aguda de 100% no período de 1966 a 1983, para 53% de 1984 a 1997. Esta redução está relacionada a uma adequada ressuscitação volêmica, excisão precoce da queimadura e melhor tratamento da infecção (WOLF; ROSE; HERNDON, 1997).

A qualidade dos primeiros socorros prestados à criança queimada é igualmente importante, tanto no prognóstico quanto na prevenção da infecção, segundo os cirurgiões plásticos da equipe deste hospital.

Neste sentido, tornam-se imperiosos a criação de centros específicos para tratamento de pacientes queimados, com progressos na ressuscitação hídrica, no tratamento nutricional, na antibioticoterapia tópica e na realização precoce de desbridamento e enxertia cutânea (MACIEL; SERRA, 2004).

Durante 14 dias, toda a família esteve em alerta, esperando pelo pior. Neste período, além de vários profissionais, o aluno paciente também contou com o atendimento pedagógico, com uso de atividades lúdicas, utilizando brinquedos e filmes de desenhos animados que, posteriormente, eram interpretados, levando em conta não só o emocional, mas também a importância de avaliação do cognitivo.

Este trabalho terapêutico da pedagogia objetiva por meio do afeto poder aproximar e ter acesso a este paciente. Segundo Winnicott (1978), este tipo de atendimento auxilia a estruturar um ambiente de suporte emocional no seio de uma internação hospitalar que possa se transformar em uma experiência acolhedora e gradativa de confiança ao longo dos dias.

Quando a criança pôde ser transferida para a enfermaria do setor de queimados, este pai se sentiu mais seguro quanto ao tratamento, já que o momento mais crítico tinha passado.

Entretanto, agora, o pai começa a sentir a dor física e emocional de seu filho, pois antes, no CTI, ele não vivenciava o sentimento de pavor da criança, antes de chegar a hora do banho. Via seu filho chorando, se agitando, entrando em crise de ansiedade.

Ele observava os cuidados com que a enfermagem usava o procedimento de analgesia, portando-se como agentes participantes do alívio da dor do seu filho. Na situação de dor, o papel da enfermagem é o de avaliar e intervir, permitindo que a criança gradativamente aceite de forma menos desesperadora a rotina do centro (ROBERTZ; PRUITT, 1980).

Seu filho passou por várias enxertias, sempre com sucesso nos resultados. Este pai sempre dizia se sentir acolhido pela equipe do Centro de Queimados e por isso conseguiu superar os momentos mais difíceis.

Observa-se que ações direcionadas às atitudes de respeito e solidariedade, diante dos pacientes e seus familiares, contribuem para descaracterizar a imagem de desumanização atribuída às internações.

13º Caso

Resultados

Adolescente de 18 anos, moradora do interior, frequentando o primeiro ano da universidade, sofreu queimadura por chama, com queimadura de 3º grau, cujo agente etiológico foi gasolina e permaneceu hospitalizada por 60 dias.

A mãe é responsável financeiramente pela filha, trabalhando como diarista, já que é separada do pai. Tem a primeira fase do ensino fundamental completa. Frequenta a igreja católica todos os domingos.

Essa mãe não paga aluguel de casa porque mora na residência de seus pais. É uma boa casa, com coleta de lixo, sistema de esgoto, banheiro e energia elétrica.

A mãe, desesperada, contou: *“Quando o acidente aconteceu, minha filha estava junto donamorado lavando a motocicleta. Viram que estava vazando gasolina, mas não deu tempo, o fogo se alastrou e a moto explodiu. Acho que foi curto”*. A adolescente ficou com o abdômen e as pernas totalmente queimados.

Discussão

Em relação ao momento vivido na internação, observou-se que a paciente vivenciava uma situação de vulnerabilidade, tamanha era sua fragilidade quanto à dor física e psicológica. Lipp e Rocha (1996) sugerem que todas as doenças relacionadas ao estresse sejam classificadas como psicofisiológicas.

Era muita dor, muita raiva, ao pensar em seu corpo desfigurado, diante da beleza do namorado que só havia queimado as mãos.

O pensamento distorcido leva a um prejuízo fisiológico, metabólico e do comportamento, segundo Lipp (1987).

Esta adolescente queria que o namorado, professor de Educação Física, a acompanhasse dia e noite. Logo ela percebeu que era uma situação impraticável. Na realidade, sua mãe não tinha compromisso com um emprego, sendo assim, estava livre para o dia a dia na hospitalização.

O atendimento interdisciplinar a esta paciente foi de suma importância, em que os profissionais tinham como principal objetivo motivar esta paciente a examinar

seus próprios padrões de pensamento para que ela pudesse tornar suas reflexões e afirmações mais racionais e afetivas por conta própria.

Segundo Merleau-Ponty (2011), "a reflexão arrebatada-se a si mesma e se coloca em uma subjetividade invulnerável". Para este autor, a reflexão se manifesta como mudança de estrutura da consciência.

Quando algo inevitável acontece na vida do indivíduo, deve-se dar uma interpretação o mais otimista possível à situação (LIPP, 1987). Nesse sentido, ela relata que a ansiedade pode ser eliminada, substituindo-se o medo do fracasso pela esperança do sucesso.

Para esta paciente a dor era terrível, mas precisava ser suportável pela necessidade de procedimentos como a hora da limpeza da ferida, desbridamento, mudança de curativos e fisioterapia.

A tensão muscular, nestes momentos, causada pela ansiedade e o medo, contribui para diminuir o limiar da dor.

A psiquiatria também precisou intervir junto à equipe de saúde, a fim de tratar da depressão que acometeu esta paciente. A adolescente se sentia, cada vez mais, como se estivesse passando por uma "morte social", que ficaria diferente dos colegas, indesejável pelo namorado, enfim, imaginou para si, um mundo solitário e maléfico. Segundo Anzieu (1989), os adolescentes de ambos os gêneros se depararam com a dificuldade de retorno ao convívio social, pois estão preocupados com seu narcisismo.

Os momentos do atendimento pedagógico eram feitos no leito, sendo usado jogos de raciocínio lógico de mesa ou no *laptop*. Havia, também, o momento de assistir a filmes, sempre junto com outros pacientes, um pouco mais velhos, em que se percebia uma relação afetiva entre os mesmos e seus familiares.

O mundo físico e o social funcionam como estímulo das reações, quer elas sejam positivas ou negativas (MERLEAU-PONTY, 2011). Segundo este autor, é necessário a descoberta do mundo social, como um campo permanente ou de dimensão da existência.

Quanto às idas à Clínica Hiperbárica, inicialmente, houve certa rejeição em continuar o tratamento. Com a intervenção do médico, quanto às informações do uso da oxigenoterapia hiperbárica que contribui para uma melhor cicatrização, redução de cirurgias e sepsis, recuperação no ganho de peso, redução nos

intensivos cuidados diários e no tempo total de hospitalização, a paciente se sentiu capaz de continuar.

Nesse sentido, a paciente foi motivada pelo médico a examinar seus próprios padrões de pensamento que, segundo Lipp (1987), tornando suas reflexões e afirmações mais racionais.

Assis (2004) refere que a longa hospitalização leva o indivíduo a dispor de mais tempo para refletir sobre a própria existência, ajudando-o a organizar planos e a manter a confiança na recuperação.

As equipes multidisciplinares, sempre atentas, procuravam envolvê-la com atendimentos impregnados por emoções de alegria, de realização e entusiasmo que iam surgindo em resposta às diferentes propostas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do estudo, concluiu-se que, dos 13 sujeitos da pesquisa, nove eram do gênero masculino e quatro do gênero feminino. Entre crianças e adolescentes do gênero masculino, as idades variavam de um ano e oito meses a 18 anos. Em relação ao gênero feminino, as idades ficaram entre 6 e 18 anos.

A maioria dos sujeitos estava matriculada na Rede Regular de Ensino, sendo que um no Centro de Educação Infantil (CEINF). Dos sete pacientes do gênero masculino, apenas um estava na segunda fase do ensino fundamental.

Dois sujeitos do gênero feminino estavam na primeira fase do ensino fundamental, um na segunda fase e ainda um terceiro frequentava a universidade.

Apenas um sujeito do gênero masculino estava fora da rede escolar.

Em relação ao agente etiológico, apenas um sujeito se queimou por brasa. Por álcool combustível, encontrou-se 4, por eletricidade, 2, por álcool a 46º, 2, por gasolina, 2, querosene, 2. Observou-se que 7 pacientes apresentaram queimaduras de 2º e 3º graus, sendo 5 com 3º grau e apenas um com 1º e 2º graus combinados.

O tempo de internação foi registrado em apenas um paciente com 15 quinze dias e outro com 20 dias; seguido de 2, por 25 dias; 1, por 32 dias; um, por 35 dias; 1 por 43 dias; 2 por 45 dias; 3 pacientes com 60 dias e 1 com 75 dias.

Quanto ao nível socioeconômico dos familiares responsáveis financeiramente pelos pacientes, encontrou-se apenas 2 familiares do gênero masculino com emprego registrado; duas mães como diaristas e 8 responsáveis do gênero masculino como profissionais autônomos.

Os proventos não são suficientes para 7 das famílias e apenas 4 responderam sim. Cinco responsáveis pelos pacientes moram em Campo Grande e sete são oriundos de municípios do interior.

Quatro famílias se sentem mais favorecidas financeiramente porque moram em casa própria. Outras 4 moram em domicílio alugado, duas em casa emprestada, uma família em assentamento e uma delas mora com os avós, não tendo despesa com aluguel.

Quanto ao quesito religião, 7 famílias responderam ser católicas, porém, apenas uma é praticante e cinco informaram frequentar alguma igreja evangélica.

Quanto ao estado civil, 2 famílias dependem apenas da mãe, já que os pais são separados. Quatro famílias vivem em regime de casamento civil e 6 em união estável.

Todos os responsáveis são escolarizados até a primeira fase do primeiro grau.

As 11 residências têm o lixo coletado, somente uma o queima. Seis casas têm sistema de esgoto e 6 usam fossa asséptica. Todas as 12 residências possuem banheiro. Quanto à existência de energia elétrica, uma apenas não a possui.

O estudo demonstrou o etanol como causa principal das queimaduras por chama, sugerindo possível negligência dos adultos responsáveis por estes pacientes que fizeram parte do estudo. A maior parte dos casos ocorreu em população economicamente ativa, acidentalmente e em ambiente domiciliar.

Houve predomínio de internações de pacientes não residentes em Campo Grande, como provável reflexo do elevado contingente populacional encaminhado para este CTQ. A população mais atingida tem origem em famílias cujos responsáveis têm pouca escolarização.

Observou-se que a dor, por ser a lembrança constante da injúria, foi considerada, nesta pesquisa, como elemento mais relevante de estresse na hospitalização.

Os sentimentos de culpa, ansiedade e desespero foram os que mais predominaram por parte dos familiares, os quais, mais tarde, tornaram-se colaborativos e participantes. Estes tiveram da equipe de Enfermagem o respeito por suas dificuldades, capacidades, crenças e emoções durante o processo de hospitalização.

Evidenciou-se a influência da religiosidade na vida dos pacientes e familiares, como sendo de suma importância durante a hospitalização.

A autoimagem se apresentou como a grande preocupação dos pacientes e seus familiares. Ou seja, encarar o mundo lá fora com as marcas, senão grotescas, pelo menos incômodas, impostas pela queimadura.

A inclusão de uma disciplina que tratasse de “Prevenção a Acidentes”, em um sentido amplo que fosse além das queimaduras, seria de grande valia para alunos, crianças e adolescentes, das redes pública e particular de ensino. Como pedagoga, observei que as escolas particulares, por exemplo, estão incluindo na grade

curricular algumas disciplinas como “Empreendedorismo” e “Educação Financeira” desde os primeiros anos do ensino fundamental.

Resta dizer que a utilização displicente de produtos inflamáveis também responde por grande número de acidentes, podendo ter sua incidência alterada se táticas efetivas de conscientização social forem implementadas.

Verificou-se a importância da educação populacional continuada, a fim de garantir um conhecimento que evite a utilização displicente de produtos inflamáveis nos domicílios.

Uma intervenção de políticas de prevenção também é necessária a fim de proibir a fácil obtenção de agentes combustíveis nos mercados e postos de gasolina. Esta é uma questão primordial, mas que é relegada pelas políticas de educação para segundo plano nas decisões governamentais.

Quando lidamos com as estatísticas sobre acidentes e com o sofrimento físico e psíquico na hospitalização, o conhecimento e a informação são, portanto, elementos fundamentais não só no que diz ao tratamento, mas também com relação a um trabalho profilático visando evitar as ocorrências deste tipo.

Nesse sentido, o trabalho apresentado evidenciou a relevância da prevenção para diminuir a morbidade e a mortalidade causadas pelas queimaduras, uma vez que a maioria é acidental, portanto, perfeitamente evitável. Por isso a importância de um trabalho profilático na prevenção das queimaduras por ser um problema de saúde pública.

Constatou-se que o trauma térmico é um problema muito mais sociocultural do que propriamente médico. As lesões causadas pelas queimaduras ainda são responsáveis por grande parte dos ferimentos no estudo desenvolvido em Mato Grosso do Sul.

Também se faz necessário, portanto, a contribuição de estudos epidemiológicos como ferramentas imprescindíveis no conhecimento da população, possibilitando o desenvolvimento de estratégias em prol da prevenção deste problema e de sua prevalência, uma vez que existem poucos trabalhos publicados a esse respeito.

Sugere-se a participação efetiva da mídia, instituições governamentais, escolares, Ong's e outros, com o objetivo de sensibilizar para promover mudanças.

REFERÊNCIAS

- AÇIKEL, C.; ULKUR, E.; GUBER, M. M. Prolonged intermittent hydrotherapy and early tangential excision in the treatment of an extensive strong alkali burn. **Burns**. 27 (3): 293-296, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto cego da Epidemiologia? **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, n. 1-3, 2000.
- ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- ARTZ, C. F.; MONCRIEF, J. A.; PRUITT, B. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. 503 p.
- ASSIS, R. **Qualidade de vida do doente falcêmico**. 2004. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2004.
- BALLESTEROS, R. F. Qualidade de vida: conceito e acesso. In: REIS, J. S. dos. (Org.). **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- BARBOSA, C. R. M. **Saúde, qualidade de vida e envelhecimento**: a inclusão do homem idoso em programas para a terceira idade. 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a Psicanálise e as Novas Formas de subjetividade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BIROLINI, D. Entrevista publicada pela Revista Veja de 25.11.1998, www.usp.br/agen/25nov.htm., 1998. Acesso em 30.01.2005.
- BLACK, Joyce; MATASSARI-JACOBS, Esther. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**: uma abordagem psicofisiológica. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- BLEY, D.; NERNAZZA-LICHT, N. La multiplicité usagedu thèrme qualité de vie. **Revue Prevenir**, v. 33, p. 3-6, 1977.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação Qualitativa em Educação**. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora, 1994.
- BONOMA, T. V. **Case Research in Marketing Opportunities**. Problems and Process. *Journal of Marketing Research*, 22 May, pp. 199-208, 1985.
- BORGES, E. S.; CARVALHO, T. C. Abordagem psicológica à criança queimada. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de Queimaduras**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.

BOWER, R. H. Nutrition and immune function. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 5, p. 189-195, 1990.

BOWLING, A.; BRASIER, J. Quality of life in social science and medicine. **Soc Sci Med**, v. 41, p. 1.337-1.338, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normalização do atendimento ao paciente queimado**. Brasília, 1998.

BRASIL. **Seminário discute uso do álcool gel para prevenir queimaduras**. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 06 de jun. de 2008.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BONATO, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 155-165.

CAPISANO, H. F. Imagem Corporal. In: Júlio de Mello Filho (Org.). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1992.

CARINI, L.; GRIPPAUDO, F. R.; BORTOLINI, A. Epidemiology of burns at the Italian Red Cross Hospital in Baghdad. **Burns**, v. 31, n. 6, p. 687-691, September 2005.

CARREIRA, D.; AJAMIL, M.; MOREIRA, T. (Orgs.). **A liderança feminina no século 21: mudando o mundo**. São Paulo, Cortez, 2001.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em Saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 2005, janeiro-fevereiro; 13(1): 105-11.

CASTELLANO, A. G. D.; MOREIRA, H.; ZAGO, R. J.; MILICOVSKY, F. S. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de queimadura ocular pelo agente químico cal no Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **Arquivo Brasileiro Oftalmologia**. v. 65, p. 311-4, 2002.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação da saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BONATO, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde, saúde movimento**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 72-90.

CIANCI, P.; SATO, R.; GREEN, B. Adjunctive hyperbaric oxygen reduces length of hospital stay, surgery, and the cost of care in severe burns. **Undersea Biomed Res Suppl.** v. 18.p. 108, 1991.

CIANCI, P.; WILLIAMS, C.; LUEDERS, H.; LEE, H.; SHAPIRO, R.; SEXTON, J.; et al. Adjunctive hyperbaric oxygen in the treatment of thermal burns. An economic analysis. **J Burns Care Rehabil.** v. 11, Nº 2.p. 140-3, 1990.

COMPTON'S INTERACTIVE ENCYCLOPEDIA, **verbetes burn e trauma center**, Compton's New Media, New York, 1994.

COSTA, C. L.; LOURENÇO, M. T. Aspectos psicológicos e qualidade de vida na avaliação de aspectos psicossociais dos sobreviventes do câncer infantil. In: KOWALSKI, L. P. *et al.* **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia: tumores pediátricos**. 2. ed. São Paulo: Âmbito Editores, 2002. p. 285-286.

COSTA, D. M.; ABRANTES, M. M.; LAMONNIER, J. A.; LEMOS, A. T. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, 1999.

COSTA, D. M.; LEMOS, A. T.; LAMONNIER, J. A.; CRUVINEL, M. G.; PEREIRA, M. V. Estudo retrospectivo de queimaduras na infância e adolescência. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 4, n. 2, p. 102-4, 1994.

CRESWELL, John. **Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. **Strategies of Qualitative Inquiry**. Thousand Oaks, CA: Sage. (3rd ed.), 2008.

EDWARDS-JONES, V.; CHILDS, C.; DAWSON, M. M. A survey into toxic shock syndrome (TSS) in UK burns units. **Burns**. Jun; 26 (4): 323-33; 2000.

EIZIRIK, C. L.; POLANCZYK, G. V.; EIZIRIK, M. A morte: última etapa do ciclo vital. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. (Orgs.). **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap. 4. p. 191-200.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Society of Medical Science**, v. 41, n. 10, p. 1.439-1.446, 1995.

FIRMINO, J. Suporte Psicológico do Paciente. In: LIMA JÚNIOR, E. M.; SERRA, M. C.V. F. (Orgs.). **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p.381-382.

FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida. In: FRÁGUAS JUNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. (Orgs.). **Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 120-153.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003.

FRANÇOSO, L. P. C.; VALLE, E. R. M. A criança com câncer – estudo preliminar. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 5, p. 320-331, 1999.

GANZ, P. A. Quality of life and the patient with cancer. **Cancer**, v. 74, p. 1.445-1.452, 1994.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C. do V.; PELLON, M. A. Sobrevida de paciente com

lesão térmica maciça: um enfoque terapêutico. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v. 84, p. 176-183, 1995.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C. do V.; TOCANTINS, R. F. Alterações metabólicas e suporte nutricional no grande queimado. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 2, p. 27-31, 1990.

GOMES, I. L. V. **Direitos do cidadão hospitalizado**: conhecimento e prática dos enfermeiros. 2000. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

HART, G.B.; O'REILLY, R.R.; BROUSSARD, N.D.; CAVE, R.H.; GOODMAN, D.B.; YANDA, R.L. **Treatment of burns with hyperbaric oxygen**. Surg Gynecol Obstet. 1974, nº 139, pp. 693-6.

HEMEDA, M.; MAHER, A.; MABROUK, A. Epidemiology of burns admitted to Ain Shams University Burns Unit, Cairo, Egypt. **Burns**. v. 29, p. 353-8, 2003.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Histórico**. Disponível em: <www.einsten.br>. Acesso em: 18 dez. 2004.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Histórico**. Disponível em: <www.einsten.br>. Acesso em: 18 dez. 2004.

HOSPITAL MUNICIPAL DO TATUAPÉ. **Serviço de Queimados do Hospital do Tatuapé em São Paulo**. Disponível em: <www.cirugiaplastica.org.br>. Acesso em: 18 dez. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/censo2000/educacao/tabela_brasil.shtm?c=1>. Acesso em: 18 jan. 2004.

JANOWSKI, D. S.; STERNBACH, R. S. The patient with pain. In: ABRAM, H. E. **Basic psyquiatry for the primary physician**. Boston: Little Brown, 1976. p. 159-165.

JORGE, L. L.; SUGAWARA, A. T.; HSING, W. T. **Tratamento de traumatismo cranioencefálico grave e qualidade de vida**. Disponível em: <http://www.spmfr.org.br/socios/detalhe_resumo.asp?id=41>. Acesso em: 15 dez. 2004.

LEAL JÚNIOR, E. C. P.; PINTO, F. M.; CORTEZ, P. J. O.; FAGUNDES, A. A. Comparação da função pulmonar entre jovens atletas e sedentários. **Rev. Fisioterapia em Movimento**, v. 16, n. 1, p. 47-50, 2003.

LEONARDI, D. F. **Avaliação histológica em queimaduras de profundidade indeterminada, como fator preditivo do tempo de cicatrização**. 2001. 135 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Plástica) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

- LIPP, M. N. (org.). **O stress está dentro de você.** 2ª ed., São Paulo: Contexto, 2000.
- LIPP, M. N.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida.** Campinas: Papirus, 1996.
- LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 167-168.
- LÜDKE, M.; MENDA, André. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.
- MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras.** Belo Horizonte-MG: Atheneu, 2004.
- MARIANI, U. Sinopse histórica do tratamento em queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C. do V.; PELLON, M. A. (Orgs.). **Queimaduras.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995. cap 2. p. 32-34.
- MARTINEZ, J. E.; BARAUNA FILHO, I. S.; KUBOKAWA, K.; PEDREIRA, I. S.; MACHADO, L. A.; CEVASCO, G. Evaluation of the quality of life in brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. **Disabil Rehabil**, ano 29, v. 23, n. 2, p. 64-68, 2001.
- MÉLEGA, J.M.; ZANINI, S.A.; PSILLAKIS, J.M. **Cirurgia plástica reparadora e estética.** 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.
- MELZACK, Ronald. **The puzzle of pain.** New York: Basic Books, 1973. Original from The University of Michigan. Digitalized, 2008.
- MERCIER C, BLOND MH. Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. **Burns** 1996; 22:29-34.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- MICHELONE, A. P. C. **Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia.** 2002. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, Vol. XXIV, nº 2, pp. 70-7, 1991.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.
- MOFFATT, A. **Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo.** São Paulo: Cortez,

1987.

MOON, S. M.; TREPPER, T. S. Case Study Research. In: SPRENKLE, D. H.; MOON, S. M. **Research Methods in Family Therapy**. New York: Guilford Press, 1996.

NÉRI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas-SP: Papirus, 2001.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estado compreensivo**. 2003. 225 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia, Universidade do Estado de São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, M. F. E.; CAMÕES, C. **Fibromialgia e a síndrome da dor crônica**. Disponível em: <http://www.spmfr.org.br/socios/detalhe_resumo.asp?id=84>. Acesso em: 15 dez. 2004.

OLIVIERI, D. P. **O ser doente**. São Paulo: Moraes, 1985. 81 p.

PEREIRA, M. S.; SILVA E SOUZA, A. C.; TIPPLE, A. F. V.; DAMACENO, A. P.; CASTRO, K. **Assistência hospitalar ao paciente portador de queimaduras na perspectiva do controle de infecção: um estudo de caso**. Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line), v.4, n.1, pp. 40-50, 2002. Disponível em www.fen.ufg.br, Acesso em 30.01.2005.

REIS, M. G.; GLASHHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de QV. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 51-57, maio 2001.

RIVERA, A. J. D.; ROLDÁN, F. L. T.; CASANOVA, L. I. S.; BELTRAN, M. M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. **Salud Pública de México**, v. 40, n. 6, p. 503-509, 1999.

ROBERTS, M. L.; PRUITT, B. A. Cuidados de enfermagem à criança queimada. In: ARTZ, C. P. *et al.* **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. cap. 2, p. 16-21.

ROCHA, J. Aspectos psicológicos nos pacientes queimados. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 2, n. 2, p. 35-37, maio/agosto, 2002.

ROSSEL, G. **Manual de educación psicomotriz**. 2. ed. Barcelona: Científico-Médica, 1977.

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. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2003, jan-fev; v. 11, n. 1, p. 36-42.

RUTA, D.A.; GARRAT, A. M.; LENGH, M.; RUSSEL, I. T.; MacDONALD, L. M.A new

approach to the measurement of quality of life, the patient generated index. **Medical Care**, v. 32, p. 1.109-1.126, 1994.

SAMPAIO, I. C. C.; PALMA, H. M.; NASCIMENTO, R. C.; SAITO, E. T.; LOURENÇO, C.; BATTISTELLA, L. R. Atividade esportiva na reabilitação. In: GREVE, J. M. D.; CASALIS, M. E. P.; BARROS FILHO, T. E. P. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinal**. São Paulo: Roca, 2001. p. 211-234.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. 2. Ed. Trad. Frederico Branco. São Paulo: Editora Ibrasa, 1975.

SERRA, A. C. e PHEBO, L. B., **Prevenção de Queimaduras**, In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A., (Orgs.) **Tratamento de Queimaduras: um guia prático**, Rio de Janeiro, Revinter, 1997, pp. 92-95.

SILVA, S. C. da; SILVA JÚNIOR, S. C. da. Queimaduras: tratamento local. In: MÉLAGA, J. M. *et al.* **Cirurgia plástica: reparadora e estética**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. p. 209-228.

SILVAL, G.; NASPITZ, C. K.; SOLÈ, D. História clínica do paciente e avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 23, n. 6, p. 260-269, 2000.

SIMONTON, O. C. **Com a vida de novo**. São Paulo: Summus, 1987.

SOARES, S. E. de A. **Motricidade: efeitos do protocolo cinesioprofilático com asso-excêntrico-agônico na manutenção do arco de movimento do joelho do paciente "grande queimado"**. 2000. 132 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Histórico**. Disponível em: <sbhm.webnode.com.br>. Acesso em 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA PARA A REEABILITAÇÃO CRANIOFACIAL. **Histórico**. Disponível em: <www.sobrapar.org.br>. Acesso em: 18 dez. 2004.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande-MS: UCDB, 1999.

STAKE, Robert E. **The Art of Case Study Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.

TOLEDO, P. N. **Atuação fonoaudióloga em pacientes queimados: uma proposta clínica**. 2001. 113 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

VASCONCELLOS, E. A. **Enfrentando a doença no hospital: uma abordagem de pacientes com doenças crônicas**. 2000. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 2000.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 54. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WOLF, S. E.; ROSE, J. K.; HERNDON, D. N. *et al.* Mortality determinants in massive pediatric burns. **Ann Surg**, n. 225, v. 5, p. 554-69, 1997.

YAMASHITA, A. M.; TAKAOKA, F.; AULER, T. O. C. **Anestesiologia, 5 ed. Sociedade Brasileira Anestesiologia**. São Paulo, Atheneu: 2001.

YIN, Robert. **Case Study Research: Design and Methods**. 2ª Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

ZBOROWSKI, Mark. Cultural components in response to pain. **J. Soc. Issues**, n. 8, p. 16-30, 1952. Article first published online: 14.04.2010.

ANEXO

ANEXO I

Autorização

Associação Beneficente de Campo Grande - Mantenedora do Hospital de Caridade
SANTA CASA
Rua Eduardo Santos Pereira, 88 - CEP 79002-251- Fone 3322-4000 - Campo Grande - MS

Ofício nº 10/NEP/DPC/ABCG

Campo Grande, 07 de maio de 2012.

Do Núcleo de Ensino e Pesquisa - Diretoria de Planejamento e Controle.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

A/C Orientador do Projeto de Pesquisa, Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

Autorização

Vimos autorizar o contato da doutoranda da UFMS, Teresinha de Jesus Abreu de Souza com esta instituição para realização da pesquisa "**Perfil sócio-demográfico e etiológico de pacientes internados em um centro de referência para tratamento de queimados em Mato Grosso do Sul**", a ser realizada sob orientação do Professor Doutor Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

Esclarecemos que o projeto deve ser realizado através de pesquisa com entrevistas com os pacientes internados no setor de queimados, 2º andar Ala A, devendo ser garantido o sigilo absoluto dos dados de identificação da instituição, dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

Solicitamos que nos sejam repassados os resultados obtidos com a referida pesquisa.

Atenciosamente,



Agleison Ramos Omido Junior
Gerência de Ensino e Pesquisa



Salim Cheade
Diretoria de Planejamento e Controle

APÊNDICES

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr. (a).

Obteve-se junto ao Comitê de Ética do Núcleo de Ensino e Pesquisa da Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa, a Autorização para Pesquisa com Seres Humanos, conforme estabelecido na Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de acordo com o artigo 30 do Código de Ética da Psicologia, Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Gostaria de contar com a sua colaboração para a realização de uma pesquisa intitulada Perfil Sociodemográfico e Etiológico de Pacientes Internados em um Centro de Referência para Tratamento de Queimados em Mato Grosso do Sul. Se concordar em participar, você responderá a dois questionários. O primeiro sobre as condições sociais em que você vive, denominado Questionário Sociodemográfico, e o segundo, o Documento de Protocolo do Sujeito, que apontará dados pessoais da pessoa internada pela qual você é responsável. Os dados coletados servirão de subsídios para proporcionar um estudo de métodos preventivos sociais específicos dessa região, para conscientizar as pessoas que se encontrarem nessa situação, bem como os profissionais de saúde encarregados do tratamento desse tipo de acidentes e suas sequelas.

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados através de revistas científicas, congressos e/ou editados em livros. Esteja seguro (a) da completa confiabilidade e sigilo das suas informações. Sua participação é voluntária e sua eventual recusa não envolve qualquer atitude de penalidade. Você poderá desistir a qualquer momento.

Eu, Teresinha de Jesus Abreu de Souza, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da UFMS, e meu Orientador nesta pesquisa, Prof. Dr. Paulo Roberto H. O. Bastos, nos colocamos à sua disposição no caso de dúvidas. Nesse sentido, disponibilizamos também o

telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, 3345-7187.

Obrigado pela colaboração!

Declaro que li as informações acima e concordo em participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento por iniciativa minha.

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE II

Questionário Sociodemográfico

Dados Familiares do Sujeito

Registro n.: Data:/...../.....

Gênero: () masculino () feminino Idade: anos

Estado civil: Escolaridade:.....

Profissão:

Ocupação

Com quem vive: Pais? Outros?

Você se mantém financeiramente?

Seus proventos são suficientes?

Quantas pessoas são de sua responsabilidade?

Quantas pessoas trabalham em casa?.....

Possui casa própria ou alugada?.....

Qual a sua religião?..... Frequenta?

No banheiro utiliza sanitário ou buraco?.....

Rede geral de esgoto ou fossa séptica?.....

O lixo é coletado, queimado, enterrado ou tem outro destino?.....

Há energia elétrica no domicílio?.....

Qual é a relação de parentesco ou de convivência com a pessoa responsável pelo domicílio?.....

APÊNDICE III

Documento de Protocolo do Sujeito

Registro n.: Data:/...../.....

Idade:.....

Escolaridade:.....

Data do Trauma:/...../.....

Tipo de Queimadura.....

Grau de Queimadura.....

Tempo de Internação.....

Prognóstico Médico da Recuperação.....