

## A QUEIMADURA E A EXPERIÊNCIA DO FAMILIAR FRENTE AO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO<sup>a</sup>

Fernanda Loureiro de CARVALHO<sup>b</sup>  
Lídia Aparecida ROSSI<sup>c</sup>  
Caroline Lopes CIOFI-SILVA<sup>d</sup>

### RESUMO

A hospitalização decorrente de queimaduras acontece de forma rápida e imprevisível. As reações frente ao trauma podem ser diferentes dependendo da fase que se encontram o paciente e família. Com o objetivo de descrever o impacto da queimadura e hospitalização sobre a dinâmica familiar, utilizou-se o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias com 21 familiares de pacientes queimados. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e observação direta. A análise dos dados foi conduzida considerando-se as seguintes etapas: redução dos dados, apresentação, delineamento das conclusões e verificação. Os resultados mostraram que os familiares vivenciam um período de crise com reflexo sobre o estado físico e emocional, relacionamentos e rotina. Esses aspectos alteram a dinâmica familiar e contribuem para a ocorrência do ciclo crise-adaptação-estabilização, que persiste durante o tratamento.

**Descritores:** Família. Queimaduras. Hospitalização.

### RESUMEN

La hospitalización como consecuencia de quemaduras ocurre de forma rápida e imprevisible. Las reacciones frente al trauma pueden ser diferentes, dependiendo de la fase en que se encuentren el paciente y la familia. Con el objetivo de describir el impacto de la quemadura y de la consiguiente hospitalización sobre la dinámica familiar, se utilizó el Modelo de Calgary de Evaluación de Familias en 21 familiares de pacientes quemados. Se realizaron evaluaciones semi-estructuradas y observación directa. El análisis de los datos siguió las etapas de: reducción de los datos, presentación, elaboración de las conclusiones y verificación. Los resultados mostraron que los familiares viven un período de crisis reflejado en el estado físico y emocional, en las relaciones y en la rutina. Estos aspectos alteran la dinámica familiar y contribuyen a que ocurra el ciclo crisis-adaptación-estabilización, que persiste durante el tratamiento.

**Descriptorios:** Familia. Quemaduras. Hospitalización.

**Título:** La quemadura y la experiencia frente al proceso de hospitalización.

### ABSTRACT

Hospital admission due to burning is usually fast and unpredictable. There may be different reactions to trauma according to the phase experienced by the patient and his/her family. This study aimed at describing the impact of the hospitalization of burnt patients on family dynamics. The Calgary Family Assessment Model was applied using semi-structured interviews and direct observation of family members. The following phases were considered for data analysis: reading the material and data reduction, data presentation, conclusion presentation, and verification. The findings showed that family members experience a crisis period that affects their physical and emotional status, relationships, daily routine, management of financial resources, and work. All of these aspects change the family dynamics, contributing for the maintenance of a crisis-adjustment-stability cycle during the entire treatment.

**Descriptors:** Family. Burns. Hospitalization.

**Title:** Burns and the family experience as to the hospitalization process.

<sup>a</sup> Estudo elaborado com base na dissertação de Mestrado apresentada em 2006 ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade da São Paulo (USP), São Paulo, Brasil.

<sup>b</sup> Mestre. Psicóloga da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, São Paulo, Brasil.

<sup>c</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, São Paulo, Brasil.

<sup>d</sup> Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas de Campinas, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Observa-se nas últimas décadas maior preocupação da equipe de saúde com a humanização da assistência e facilitação do acesso de familiares no cuidado a seus parentes no ambiente hospitalar. No Brasil, Unidades Especializadas, como é o caso de Unidades de Queimados, enfrentam dificuldades ou estão iniciando sua estruturação em relação à organização da assistência no que tange à permanência da família nesse ambiente, à sua participação no tratamento, bem como, à natureza da relação entre familiares e profissionais de saúde.

A família caracteriza-se como um sistema intercomunicante e tem objetivos comuns, regras e acordos de relação. Frente a um evento qualquer, as alterações provocadas e as necessidades de adaptação dos membros de uma família dependerão de como ele se iniciou, dos recursos que familiares dispõem para lidar com a crise e da importância que atribuem a esse acontecimento. Em uma situação que gera crise, além da intensidade do trauma sofrido pelo sujeito, também é importante a forma como ele lida com o inesperado da nova situação<sup>(1)</sup>.

A doença ou trauma, além de atingir o paciente em sua subjetividade, incide também sobre a família. O desgaste físico e emocional devido à enfermidade e as conseqüentes limitações que restringem o doente suscitam certo isolamento e tendem a fazer com que esse processo seja vivido, conforme o possível, na intimidade da família.

De maneira geral, a hospitalização decorrente de queimaduras acontece de forma rápida e imprevisível, não havendo tempo para que o indivíduo e seus familiares se preparem para uma internação hospitalar como se dá na situação de outras doenças. A queimadura é tratada como trauma de urgência, sendo necessário o socorro imediato. Tal pessoa está em perfeito funcionamento físico e mental e se vê, de repente, enfrentando a hospitalização, a dor e o comprometimento de suas funções vitais. O paciente gravemente queimado sente dores; torna-se enrijecido e edemaciado; fica impossibilitado de movimentar-se; sua pele se torna úmida e seu corpo fica exposto a outras pessoas. Ele passa por tratamentos dolorosos como, por exemplo, o desbridamento, a enxertia, injeções, banhos, curativos e cirurgia<sup>(2)</sup>.

As reações frente ao trauma poderão ser diferentes dependendo da fase de adaptação em que

se encontram o paciente e sua família. Assim, num primeiro momento, a grande inquietação psicológica do paciente e da família é a preocupação com a sobrevivência. Nessa fase, o paciente pode apresentar capacidade limitada para processar informações, diminuição do nível de consciência, alterações sensorio-perceptivas, na memória e na atenção, agitação psicomotora ou retardamento, ruptura do ciclo sono-vigília e labilidade emocional. No segundo momento após o trauma, o paciente passa a lidar com suas lesões e possíveis seqüelas, é submetido a curativos dolorosos e fisioterapia e pode expressar tristeza, depressão, ansiedade, estresse e dificuldades no relacionamento, sendo tais reações compartilhadas por sua família. O terceiro momento é caracterizado pelo período de reabilitação e retomada das atividades de vida diária do paciente. A família deve participar desse processo e, conforme ajuda seu ente querido a resgatar a auto-estima, também se reorganiza<sup>(3)</sup>.

A compreensão do impacto do trauma da queimadura e do processo de hospitalização em Unidades de Queimados sobre a dinâmica familiar é importante porque pode permitir que a equipe compreenda muitos comportamentos que são apresentados pelos familiares e que podem ser considerados, a princípio, como inadequados e contraproducentes para o cuidado e também permitir à equipe o planejamento de intervenções adequadas, visando apoiar os familiares.

Muitos estudos têm focado o impacto da queimadura sobre a família durante a internação de um de seus integrantes em Unidades de Queimados. Alguns têm como foco principal o impacto do trauma pela queimadura e pelo processo de hospitalização sobre os pais de crianças que sofreram queimaduras<sup>(4-13)</sup>; outros a relação significativa entre o ajuste psicossocial da criança com queimadura e as características de sua família<sup>(6-8)</sup>, mostrando que a queimadura também afeta os irmãos de crianças que sofreram queimaduras<sup>(7)</sup> e outros as alternativas de apoio que podem ser oferecidas pela equipe à família<sup>(12,13)</sup>.

No Brasil, a presença de um dos pais durante a internação de seus filhos é garantida por lei federal desde 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 10<sup>(14)</sup>), mas não são todas as unidades que atendem essa legislação e, freqüentemente, quando os pais permanecem acompanhando seus filhos, eles necessitam se adaptar ao cotidiano da Unidade, participando pas-

sivamente da assistência. Este estudo teve como objetivos descrever o impacto da queimadura e da hospitalização de pacientes adultos e crianças sobre a dinâmica familiar, durante a internação de um de seus membros em uma Unidade de Queimados.

### Referencial e procedimentos metodológicos

Esse estudo foi fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação de Famílias<sup>(15,16)</sup>, que é baseado na Teoria de Sistemas, Teoria Cibernética (ciência da teoria da comunicação e controle, criada pelo matemático Norbert Weiner), Teoria da Comunicação (estuda a interação entre os indivíduos) e Teoria da Mudança<sup>(16)</sup>. Nessa perspectiva, o processo de coleta de dados considera as seguintes categorias no processo de coleta de dados: relacionadas à estrutura, ao desenvolvimento e à função da família. Essas categorias foram utilizadas para organizar o conteúdo do instrumento de coleta de dados neste estudo.

Em relação à estrutura são apresentadas três subcategorias: interna, externa e relacionada ao contexto. A estrutura interna se refere à avaliação dos seguintes aspectos: composição familiar, gênero, posição dos filhos na família, subsistemas com os quais a família se relaciona e limites do sistema (participantes do sistema familiar). A estrutura externa inclui duas subcategorias: extensão da família e abrangência. O contexto estrutural envolve questões relacionadas aos aspectos étnicos, raça, classe social, religião e ambiente<sup>(16)</sup>.

Na categoria desenvolvimento, são considerados: o estágio em que o sistema familiar se encontra, as tarefas de seus membros (relativas aos aspectos econômicos, educação, saúde e socialização) e os vínculos entre os membros da família. Em relação à avaliação da função da família, são incluídos os aspectos relacionados às atividades do dia a dia e às interações emocionais<sup>(16)</sup>.

Com base nesse modelo, utilizamos a estratégia de estudo de casos múltiplos para condução desta investigação. A essência dessa estratégia é tentar esclarecer, num conjunto de decisões, o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados<sup>(17)</sup>.

O contexto social selecionado para o desenvolvimento desse estudo focalizou a participação de familiares no processo de cuidar durante a hospitalização de pacientes vítimas de queimadu-

ras, admitidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), durante visitas e/ou acompanhamento aos pacientes no hospital. Assim, os sujeitos foram os familiares de pessoas vítimas de queimaduras admitidos nesta Unidade.

Os membros das famílias participantes do estudo deveriam ser adultos (maiores de 18 anos, independente do gênero), permanecerem na Unidade acompanhando ou visitando o familiar que sofreu queimadura, durante a segunda e/ou terceira fase de adaptação psicológica desse paciente. Consideramos que a segunda fase da queimadura é iniciada após a estabilização do paciente, após a primeira ou segunda semana pós-trauma, quando é realizada grande parte dos procedimentos cirúrgicos e, a terceira fase, quando os resultados das cirurgias estão evidentes e são iniciados os preparativos para a alta hospitalar<sup>(3)</sup>.

Após a obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição em estudo, foi iniciado o trabalho de campo. Participaram deste estudo 21 familiares visitantes ou acompanhantes que concordaram, mediante assinatura de um termo de consentimento, após terem sido esclarecidos sobre a pesquisa. Foram considerados próximos dos pacientes os familiares que permaneceram por mais tempo visitando ou acompanhando o paciente.

Na seleção dos participantes do estudo, optamos por trabalhar com familiares de pacientes adultos e crianças. Participaram 10 familiares visitantes e 11 familiares que permaneceram na Unidade na qualidade de acompanhantes dos pacientes. Denominamos acompanhantes os membros da família que permanecem na Unidade com o paciente internado por um período maior que o horário destinado às visitas, podendo até pernoitar no local. Quando nos referimos aos visitantes, estamos nos reportando aos familiares que visitam seus entes queridos internados na Unidade no horário destinado às visitas. Usualmente, nesta Unidade de Queimados, os acompanhantes são familiares de pacientes menores de 18 anos ou de pessoas com necessidades especiais e os visitantes são familiares de pacientes maiores de 18 anos de idade. Utilizamos para determinação do tamanho da amostra o critério de saturação dos dados para cada um dos grupos estudados (familiares visitantes e acompanhantes), buscando manter número semelhante de participantes nos dois grupos.

Os dados foram coletados utilizando-se as técnicas de observação direta e entrevista semi-estruturada. No processo de coleta de dados, além de um roteiro para a realização das observações, foi utilizado um instrumento de coleta e registro de dados. O instrumento foi elaborado considerando-se as categorias para avaliação da família do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias. O instrumento, que continha questões relativas à avaliação da família em relação à estrutura, ao desenvolvimento e aos aspectos funcionais<sup>(16)</sup>, foi submetido à validação de aparência e conteúdo e a um pré-teste.

No processo de análise dos dados, foram consideradas três fases inter-relacionadas, a saber, redução dos dados, apresentação dos dados, e delimitamento das conclusões e verificação<sup>(18)</sup>. Inicialmente, buscamos extrair dos dados, as idéias que se constituíram em conceitos importantes mediante a realização de leitura cuidadosa das informações, à medida que foram coletadas e organizadas. A partir desse processo, os dados foram codificados, ou seja, informações semelhantes foram agrupadas e rotuladas, constituindo unidades de significados que variaram de acordo com os tipos de dados. Cada uma dessas unidades foi explicada e conceituada.

Para que se pudesse observar mais uma vez as unidades e os núcleos de significados identificados, foi solicitado a um outro pesquisador, experiente em estudos dessa natureza, que realizasse o mesmo procedimento com registros de dados selecionados mediante sorteio (em torno de 10 páginas cada registro, entre entrevistas e diários de campo)<sup>(18)</sup>. A partir desse procedimento, sugestões puderam ser incluídas na análise dos dados.

A partir desses primeiros códigos, os dados foram novamente analisados com o objetivo de verificar a frequência com que essas unidades de significado eram apresentadas e as similaridades entre elas. Após esse processo, códigos similares deram origem às categorias. Identificou-se, dessa forma, um tema principal: alterações na dinâmica familiar pelo impacto do trauma pela queimadura e frente ao processo de hospitalização.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados deste estudo apresentaremos a seguir a rotina de visitas e de familiares acompanhantes que orienta as decisões dos profissionais que atuam na Unidade

de Queimados, seguida da caracterização dos participantes do estudo e da descrição e discussão do tema identificado.

### A rotina de permanência de familiares na unidade de queimados do HCFMRP

A Unidade de Queimados do HCFMRP, onde esse estudo foi realizado possui oito leitos, atendendo a pacientes adultos e crianças que sofreram queimaduras, em regime de internação e ambulatorial.

Em relação às rotinas de visita e acompanhamento, no período de realização das entrevistas e observações diretas, não foi observada, durante a coleta de dados, a utilização de material formal contendo explicações sobre a rotina de acolhimento aos familiares, bem como sobre o tratamento (curativos, banhos, cirurgias) aos pacientes e/ou familiares na Unidade.

A partir das observações realizadas e de informações obtidas com os enfermeiros, foi constatado que, durante o período de internação de pacientes que sofreram queimaduras, o familiar pode visitar o paciente durante os horários estabelecidos das quatorze às dezesseis horas e das vinte às vinte e uma horas, todos os dias da semana.

Há também permissão para que um membro da família permaneça com a criança ou com adultos com necessidades especiais no decorrer da hospitalização. Nesse caso, a decisão de permanecer na Unidade (acompanhante) ou realizar visitas nos horários estabelecidos (visitante) é opcional para a família. A equipe de enfermagem informa ao familiar acompanhante que ele tem direito às refeições (café, almoço e jantar) e a dormir no hospital junto à criança que sofreu queimadura ou ao adulto com necessidades especiais, porém, ele é informado que deverá se retirar da Unidade e permanecer na área externa, durante o período da manhã, quando são realizados os procedimentos de banhos, curativos e cirurgias e que poderá retornar no momento em que é oferecido o almoço e permanecer até o outro dia pela manhã.

Alguns familiares optam por acompanhar e realizar o papel de cuidador ao ente querido como, por exemplo, fornecem a alimentação ao pacientes durante o período diurno e se retiram do hospital no período noturno. Em caso de permanência, não há acomodações específicas para os familiares que optam por acompanhar o paciente. Estão disponí-

veis cadeiras tipo varanda e cadeiras tipo poltronas. Não é permitido aos familiares o uso do banheiro do paciente nas enfermarias e não há outro banheiro disponível na Unidade para os familiares. Os familiares utilizam um banheiro no andar térreo do hospital. Para banhar-se é explicado ao membro da família que ela poderá recorrer ao banheiro da sala de conforto, situada na Unidade de Pediatria, no primeiro andar da Unidade de Emergência.

### Caracterização dos participantes do estudo

Os 21 familiares participantes do estudo tinham entre 18 anos a 65 anos e nível de escolaridade entre primeiro grau incompleto ao segundo grau.

Todas as pessoas que participaram das entrevistas formais, com exceção de um pai que acompanhou uma entrevista, eram mulheres, mães, avós, irmã ou tia, o que está de acordo com a cultura, em que o cuidado a pessoas com algum problema de saúde constitui uma tarefa feminina. As mães constituíram as pessoas mais próximas dos pacientes (14), seguidas pelas avós (2), esposas (2), irmã (1), pai (1) e tia (1).

Em relação aos pacientes, a média da superfície corporal queimada foi de 11,5 %, com predomínio de áreas consideradas visíveis. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (13) e sofreram queimaduras em ambiente doméstico (7).

Em relação à idade, 12 pacientes estavam na faixa etária entre 0 a 12 anos, três na faixa etária entre 12 e 24 anos, três se encontravam na faixa etária entre 24 e 36 anos e dois pacientes tinham idade acima de 36 anos. Entre as crianças menores de 12 anos, a maioria dos acidentes por queimaduras aconteceu em ambiente doméstico, envolvendo acidentes com líquidos superaquecidos como agentes da queimadura, próximos ao aquecimento de panelas em fogões ou na hora do banho. Dados epidemiológicos semelhantes, de diferentes países, têm sido reportados na literatura<sup>(19)</sup>.

### Alterações na dinâmica familiar pelo impacto do trauma pela queimadura e frente ao processo de hospitalização

Os familiares relataram os seguintes tipos de alterações na dinâmica familiar pelo impacto do trauma pela queimadura e frente ao processo de hospitalização: **fisiológicas, emocionais, no rela-**

**cionamento ou intensificação de conflitos pré-existentes e nas rotinas no contexto familiar.** Nessas categorias de alterações, observou-se que não havia diferenças entre as percepções dos visitantes e acompanhantes. Entretanto, as alterações parecem ser percebidas com maior intensidade pelos acompanhantes quando relataram as mudanças fisiológicas e emocionais, possivelmente, por permanecerem na Unidade por maior tempo.

Dentre as alterações fisiológicas e emocionais, os familiares descreveram queixas de dores diversas pelo corpo como, por exemplo: dor na cabeça, nas costas, nas pernas e na coluna, cansaço físico, estresse, tonturas, tremores, tristeza, preocupação, friagem, perda da voz e da memória.

Os acompanhantes relacionam suas dores às acomodações oferecidas pela Unidade de Queimados. O depoimento, a seguir, exemplifica as reações fisiológicas dos familiares relacionadas ao trauma e hospitalização, intensificadas pela acomodação disponível para o acompanhamento na Unidade:

*Na primeira noite que eu passei aqui, eu saí daqui com meus pés inchados. Porque eu tive problemas de pressão... Quando eu fico tensa eu não como... (Familiar 10, mãe acompanhante).*

Diante do processo de acompanhamento, o familiar se reporta aos distúrbios do sono e de alimentação, sensação de fraqueza, sensação de claustrofobia e alteração nos hábitos urinários e intestinais. A intensificação de problemas físicos, que já ocorriam antes da queimadura, tais como: anemia, problemas em relação à pressão e depressão também foram destacados, conforme mostram os relatos a seguir:

*[...] Eu também tenho problema de pressão baixa. Se eu fico muito tempo parada, em lugar fechado, eu me sinto mal. Eu tenho que tomar remédio para pressão antes de vir e, a hora que eu chego em casa, eu chego mal, a pressão cai (Familiar 12, mãe visitante).*

Essas respostas físicas e afetivas estão relacionadas aos sistemas físicos e psicológicos dos subsistemas individuais dos membros da família. À medida que tais respostas se intensificam no momento de crise, elas se inter-relacionam com demais sistemas individuais dos outros integrantes da família, alterando a unidade familiar como um todo e, conseqüentemente, transformando sua conexão com o supra-sistema no qual estão inseri-

das as redes de pessoas e de serviços significativos para tal grupo familiar<sup>(16)</sup>.

As respostas apresentadas pelos familiares de pacientes em estado crítico são: dormir menos com pior qualidade de sono, permanecer acordado ou ter dificuldade para dormir; reduzir ou aumentar a ingestão de alimentos; mudar o padrão alimentar (para pior); aumentar o uso de cigarros, álcool e de automedicação (como analgésicos, aspirina, calmantes); ficar menos tempo vendo televisão e mais tempo conversando, rezando, visitando o paciente, esperando, lendo; apresentar sentimentos de abandono, menos valia, culpa e raiva<sup>(20)</sup>.

Outras alterações emocionais reportadas pelos familiares durante o estudo compreenderam desde sentimentos de desespero, piedade pelo parente, vítima de queimadura, culpa, sentimentos angústia, ansiedade, impotência, sentimentos de raiva, nervosismo, comportamento compulsivo e comportamento de choro, conforme se pode notar no depoimento a seguir:

[...] *eu já estava me sentindo culpada de ter deixado ele [paciente] em cima da cama, porque se eu tivesse gritado com ele, se tivesse tirado ele de cima da cama, não tinha acontecido isso* (Familiar 2, mãe visitante).

Alguns familiares relataram sua reação emocional frente à aparência física atual do paciente como, por exemplo, o choque pelas marcas da queimadura e, muitas vezes, o medo da perda da aparência anterior, até mesmo pelo corte do cabelo para a realização dos procedimentos invasivos, como cirurgia e curativo, assim como as fantasias em torno da enxertia, como pode ser observado no exemplo que se segue:

*Raspou a cabecinha, ela tinha um cabelo tão bonito! Lindo! Eu estou preocupada, dela precisar fazer enxerto! Tenho medo, dó porque ela é tão pequenininha!... Está vendo? Ainda está preto. E eu tenho medo...* (Familiar 7, mãe acompanhante).

*Medo de ficar alguma seqüela. De atingir alguma parte do corpo. Se ficar vai ser pior para ele [referindo-se ao esposo queimado]. Ele não vai aceitar, tenho certeza. Ele é sistemático* (Familiar 20, esposa).

Em nosso estudo os familiares também relataram dificuldades ou preocupações para lidar com os filhos não queimados que permaneceram em casa, como pôde ser observado no relato a seguir:

*Ele [referindo-se ao outro filho] fala que está com saudade do irmão. O irmão dele às vezes chora. O irmão mudou o comportamento dele esses dias. Ele está agitado. Qualquer coisa irrita...* (Familiar 13, mãe).

Os familiares que participaram do estudo também se reportaram às alterações no relacionamento ou intensificação de conflitos pré-existentes na família com a ocorrência da queimadura e da hospitalização. As mudanças aconteceram no relacionamento entre o paciente e seus pais, entre os pais do paciente, entre o paciente e família externa (parentes e amigos), entre pais e família externa e entre os familiares como podemos observar no depoimento, a seguir:

*Não sei o que ele sente [referindo-se ao pai da criança queimada]. Eu acho que ele não sente é nada! Eu saí de casa e o deixei com o radinho... Eu acho que não é direito ele ligar o rádio com a filha dele aqui no hospital. Hoje ele não queria que eu viesse dormir no hospital* (Familiar 5, mãe acompanhante).

A intensificação de conflitos pré-existentes, indecisão e culpa são respostas comuns de estresse dos membros da família frente à queimadura. Essas reações podem afetar seriamente o ajustamento ao hospital e o processo de reabilitação subsequente do paciente. Os conflitos familiares pré-existentes são mais observáveis quando se abrem discussões entre os familiares visitantes na Unidade. Geralmente, alguns profissionais estão mais atentos às mínimas observações de desentendimentos e manobras de esforço entre os membros da família para controlar o curso de hospitalização e reabilitação dos pacientes. Nesses casos, a equipe precisa primeiramente, compreender e ajudar a família a resolver os conflitos emocionais que ela trouxe para o hospital, antes de se envolver no processo de tratamento, e mobilizar recursos para ajudar o paciente<sup>(20)</sup>.

O comportamento de um familiar gera um efeito e influencia o outro familiar. Assim, "os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos sob um ponto de vista de uma causalidade circular e não linear"<sup>(16)</sup>.

Além da experiência de acompanhar um ente querido no hospital, o familiar visitante/acompanhante vivencia a dificuldade de lidar com as expectativas dos que permaneceram em casa, que reagem de acordo com o significado que a experiência da queimadura tem para eles<sup>(16)</sup>.

Os familiares visitantes e os acompanhantes relataram sentimentos de desvalia que são reportados pelos familiares que permaneceram em casa. Os membros da família que permanecem em casa reclamam do afastamento e da diminuição do cuidado e atenção destinados a eles antes do acidente. O ciclo continua, pois, ao mesmo tempo em que tal familiar percebe sua contribuição para a recuperação do paciente, sente, também, solidão e falta de apoio no desempenho de seu próprio papel e angústia, possivelmente, por perceber que seu afastamento pode contribuir para os desentendimentos entre os demais familiares e para desorganização das atividades do lar. Os membros da família, na verdade, constituem subsistemas e, conforme suas características, eles podem responder de forma e em grau de intensidade diferentes frente ao trauma da queimadura e ao significado da queimadura em suas vidas e na vida do sistema familiar<sup>(16)</sup>.

Quando o sistema familiar sofre um evento traumático que interrompe seu equilíbrio para lidar com tal situação podem ocorrer modificações no desempenho de papéis para compensar as mudanças na rotina familiar<sup>(16)</sup>. O próprio afastamento do paciente, além das mudanças nos papéis, leva à quebra das rotinas, sentimentos de isolamento, sentimentos de perda do controle e a outros problemas, como cuidados com as crianças que estão em casa, outras doenças na família, perda de proventos, despesas extraordinárias para custeios de manutenção nas proximidades do hospital e/ou para custeios do tratamento.

As alterações na rotina dos familiares estão presentes nos depoimentos dos familiares participantes deste estudo, em relação aos seguintes aspectos: afastamento do paciente da convivência familiar; do familiar que permanece no hospital da rotina doméstica e da convivência com demais familiares; alteração na rotina de trabalho e nos recursos financeiros.

[...] *Tem que pagar circular por dia... Altera a minha rotina. Porque no caso, eu não fui. Fiquei Domingo, Segunda e hoje que eu vim para cá. Porque todo dia eu estava gastando muito também. Com o ônibus e circular (Familiar 9, mãe acompanhante).*

O profissional de saúde que acompanha esse processo de envolvimento da família junto ao trauma pela queimadura sofrido por um de seus mem-

bro, conforme assume o papel de agente facilitador desse processo, contribui para o re-equilíbrio do sistema. Por isso, a importância da avaliação do contexto familiar, do conhecimento das relações e dos recursos disponíveis e, assim, ajudar os familiares a encontrar novas possibilidades. O Modelo Calgary de Avaliação de Famílias fornece também uma base para o planejamento de intervenções<sup>(16)</sup>. Assim, é importante que outros estudos sejam realizados visando à organização do cuidado com enfoque também nas famílias e não apenas nos pacientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do trauma pela queimadura e pela hospitalização, os familiares vivenciam um período de crise com reflexo sobre seu estado físico e emocional, sobre seus relacionamentos e na rotina, em relação à vida diária, à administração dos recursos financeiros e ao trabalho. Todos esses aspectos permeiam a dinâmica familiar e, conforme sua intensidade, favorecem a ocorrência do ciclo crise-adaptação-estabilidade, até que o paciente percorra as fases psicológicas de recuperação da queimadura e de seu tratamento. O resultado dessa vivência nem sempre promove o desenvolvimento do sistema familiar.

Os familiares constituem conexão crucial para a obtenção de resultados positivos no tratamento de pacientes queimados. A equipe de saúde necessita ter maior aproximação com os familiares, para ouvi-los, conhecê-los, apoiá-los, explorar seus recursos e dificuldades, trocar conhecimentos e ajudá-los para que, a partir da satisfação de suas necessidades, eles possam desempenhar e legitimar seu papel de apoio e cuidado aos pacientes que sofreram queimaduras.

## REFERÊNCIAS

- 1 Romano BWA. família e o adoecer durante a hospitalização. Revista da Sociedade Cardiologia do Estado de São Paulo 1997;7(5 de Supl A):58-61.
- 2 Barbosa LT. Aspectos psicossociais da assistência à criança hospitalizada. Rio de Janeiro: Imprensa Universitária; 1984.
- 3 Adcok RJ, Boeve SA, Patterson DR. Psychologic and emotional recovery. In: Carrougner GJ. Burn care and therapy. St. Louis: Mosby; 1998. p. 329-57.

- 4 Cahners SS. Group meetings benefit families of burned children. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery* 1979;13(1):169-71.
- 5 Cahners SS, Bernstein NR. Rehabilitating families with burned children. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery* 1979;13(1):173-5.
- 6 LeDoux J, Meyer WJ, Blakeney PE, Herndon DN. Relationship between parental emotional states, family environment and the behavioral adjustment of pediatric burn survivors. *Burns* 1998;24(5):425-32.
- 7 Mancuso MG, Bishop S, Blakeney P, Robert R, Gaa J. Impact on the family: psychosocial adjustment of siblings of children who survive serious burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 2003;24(2):110-8.
- 8 Meyer WJ, Blakeney P, Moore P, Murphy L, Robson M, Herndon D. Parental well-being and behavioral adjustment of pediatric survivors of burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 1994;15(1):62-8.
- 9 Rizzone LP, Stoddard FJ, Murphy JM, Kruger LJ. Posttraumatic stress disorder in mothers of children and adolescents with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 1994;15(2):158-63.
- 10 Rossi LA. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2001;35(4):336-45.
- 11 Thompson R, Boyle D, Teel C, Wambach K, Cramer A. A qualitative analyses of family member needs and concerns in the population of patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 1999;20(6):487-96.
- 12 Verity PA. Burn injuries in children: the emotional and psychological effects on child and family. *Australian Family Physician* 1995;24(2):176-8.
- 13 Watkins PN, Cook EL, May R, Ehleben CM. Post-burn psychologic adaptation of family members of patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 1996;17(1):78-92.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF); 1991.
- 15 Carvalho FL. O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
- 16 Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 3<sup>a</sup> ed. Thousand Oaks: F. A. Davis; 2000.
- 17 Yin R. Designing case studies, case study research 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage; 2003.
- 18 Miles MB, Huberman M. An expanded sourcebook qualitative data analysis. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
- 19 Mercier C, Blond MH. Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. *Burns* 1996;22(1):29-34.
- 20 Moura LS, Kantorski LP, Galera SA. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipe de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2006; 27(1):35-44.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor /  
Author's address:**

Lídia Aparecida Rossi  
Rua Chile, 1500, ap. 84  
14020-610, Ribeirão Preto, SP  
E-mail: rizzardo@eerp.usp.br

Recebido em: 12/07/2007

Aprovado em: 17/12/2008