

Antônio Carlos Lançoni Júnior

**COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE E FAMILIARES
DE CRIANÇAS COM QUEIMADURAS: PROPOSTA DE
CONSTRUÇÃO DE CARTILHAS INFORMATIVAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria
Aparecida Crepaldi

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lançoní Júnior, Antônio Carlos

Comunicação entre equipe de saúde e familiares de crianças com queimaduras : proposta de construção de cartilhas informativas / Antônio Carlos Lançoní Júnior ; orientadora, Maria Aparecida Crepaldi - Florianópolis, SC, 2015.

153 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

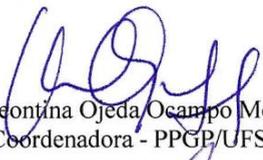
1. Psicologia. 2. Família. 3. Equipe de saúde. 4. Criança hospitalizada. 5. Cartilha informativa. I. Crepaldi, Maria Aparecida. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Antônio Carlos Lançoni Júnior

***Comunicação entre equipe de saúde e familiares de crianças com
queimaduras: proposta de construção de cartilhas informativas***

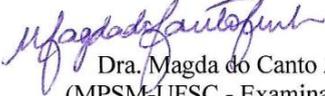
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 16 de julho de 2015.


Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Orientadora)


Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(PPGP-UFSC - Examinadora)


Dra. Magda do Canto Zurba
(MPSM-UFSC - Examinadora)


Dra. Marina Menezes
(MSGT - UNIVALI- Examinadora)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP-UFSC - Suplente)

Dedico este trabalho à Equipe de Saúde da Unidade de Queimados pelo trabalho digno de admiração, realizado junto às crianças com queimaduras e seus familiares.

À Sabrina, pelo incentivo, compreensão e apoio sempre.

Ao Gabriel, pela alegria contagiante.

AGRADECIMENTOS

Nenhum trabalho é realizado sozinho. Várias pessoas participam na elaboração de um projeto deste porte. Registro o nome daquelas das quais sou muito grato por sua contribuição e que não podem faltar aos meus sinceros agradecimentos:

À Equipe de Saúde da Unidade de Queimados, que participaram da coleta de dados e de forma entusiástica, sempre se colocaram disponíveis para o complemento de informações.

À Enfermeira Lauri Iva Renck, por sua receptividade e constante disponibilidade durante a coleta de dados junto à Equipe de Saúde.

À professora-orientadora *Dra. Maria Aparecida Crepaldi*, meu muito obrigado por todo conhecimento transmitido, pela amizade e pela parceria neste projeto. Com suas orientações objetivas e consistentes, compartilhou dessa caminhada com entusiasmo e alegria, fatores essenciais para uma grande conquista. Serei eternamente grato!

À Camila Volpato Broering, professora e amiga, cuja participação na coleta de dados de sua tese, participação em suas aulas e trocas de ideias pelos corredores da universidade, proporcionaram o conhecimento necessário para o ingresso no PPGP e possibilitou a ideia inicial de pré-projeto para o mestrado.

Aos membros da banca, professoras *Dra. Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré*, *Dra. Daniela Ribeiro Schneider*, *Dra. Magda do Canto Zurba* e *Dra. Marina Menezes*, por aceitarem participar da banca examinadora, pela disponibilidade na leitura deste trabalho e contribuições para seu aprimoramento.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela oportunidade de realizar o curso de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos durante todo o período de realização do mestrado.

Aos meus colegas de mestrado, com especial agradecimento à Mariana, minha colega de orientação, de sala de aula e de vida, cujos conhecimentos e empatia facilitaram meus passos em Florianópolis e à Mariajosé, sempre alegre e disposta na troca de experiências e parceira desde os tempos da graduação, partilhou também dos seus conhecimentos sobre o software Atlas.ti.

À Rovana, pelos esclarecimentos sobre o Atlas.ti e dicas para um melhor aproveitamento do software.

Ao meu colega Adriano Azevedo, pelo auxílio no contato inicial com os membros da Equipe do hospital, pela participação na elaboração de artigos e por me ajudar a encontrar soluções para os percalços comuns em um trabalho dessa envergadura.

Aos professores Dr. Mauro Luis Vieira e à Dra. Cibele Cunha Lima da Motta por terem aceitado participar da banca de qualificação e pelas contribuições sugeridas na ocasião da defesa.

À minha cunhada Luciane e seu esposo Waldir pelo convívio em Florianópolis, sempre disponíveis, ofertando um abrigo ou uma boa conversa.

Ao meu sogro e sogra Valério e Risolete, presentes em vários momentos, o apoio fornecido em diferentes momentos facilitou essa caminhada.

À minha mãe, que graças aos seus esforços e suporte, possibilitou a realização desse sonho. Sempre valorizou o conhecimento, razão de incentivo para o mestrado.

À Sabrina, parceira de caminhada, esposa, mãe. A paciência, o carinho e o compartilhar de reflexões sempre foram uma constante na sua forma de se relacionar comigo. Obrigado pela força. Essa conquista também é sua!

À querida Diva e seu esposo Juvenal, pelo carinho e suporte dispensados durante minha estada em Florianópolis.

Ao meu filho Gabriel, por me fazer acreditar na simplicidade e na beleza da vida.

A todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão dessa dissertação se concretizasse.

RESUMO

LANÇONI JÚNIOR, A. C. Comunicação entre equipe de saúde e familiares de crianças com queimaduras: proposta de construção de cartilhas informativas. 153 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

A presente pesquisa teve como objetivo compreender como se processam a comunicação e a interação entre equipe-família-criança em uma Unidade de Queimados – UQ, com vistas a desenvolver três cartilhas informativas sobre os procedimentos realizados e a hospitalização. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, com 12 profissionais de uma equipe de saúde, que atuam em uma UQ, responsáveis pelo tratamento de crianças com queimaduras. Foi utilizado como instrumento para coleta dos dados a entrevista semiestruturada, cujo conteúdo foi analisado segundo a análise de conteúdo categorial temática, utilizando-se o software Atlas.ti 7.1. Com a análise dos resultados, emergiram as seguintes categorias: Comunicação no contexto hospitalar; A circulação das informações; Interação profissionais – família e criança; Condição emocional do acompanhante e Participação do acompanhante no tratamento. Constatou-se que os familiares acompanhantes não estão preparados para enfrentar a situação de hospitalização da criança, dada a situação aversiva da queimadura. Evidencia-se que a interação entre equipe de saúde e familiar acompanhante é marcada inicialmente pelo confronto. No momento da internação, a condição emocional do familiar é pautada pelo estresse e ansiedade, fruto dos medos das cirurgias e possíveis sequelas ou mesmo pela possibilidade de óbito. Também se faz presente o sentimento de culpa dos familiares pelo acidente que originou a queimadura, sentimento este transferido para o profissional nos momentos de realização de procedimentos invasivos. Diante desses fatos, constata-se que os profissionais da equipe de saúde estão atentos às formas de comunicação, ao repasse de informações com respeito ao momento e formas de interação. Evidencia-se a importância do envolvimento dos familiares acompanhantes nos procedimentos invasivos de tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação da criança.

Palavras-chave: Acompanhantes. Família. Equipe de saúde. Criança hospitalizada. Queimaduras. Cartilha informativa.

ABSTRACT

LANÇONI JR, A.C Communication between health staff and family members of children with burns: proposed construction of informative booklets. 153 f. Dissertation (Master in Psychology) - Graduate Program in Psychology, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

This research aimed to understand how to process the communication and interaction between staff-family-child in a Burnt Unit in order to develop three informative booklets on the procedures performed and hospitalization. It is a descriptive exploratory qualitative study with 12 professionals from a health staff, acting on a Burnt Unit responsible for treating children with burns. It was used as a tool for data collection a semi-structured interview which content was analyzed according to thematic content analysis, using the Atlas.ti 7.1 software. Through the results analysis emerged the following categories: communication in the hospital setting, information distribution, professional interaction - family and child, emotional condition of the family companion and his/her participation in the treatment. It was found that family companions are not prepared to face the situation of children hospitalized due to the adverse situation of the burn. It is evident that the interaction between health staff and family companion is initially marked by confrontation. At the moment of admission, the emotional condition of the family is guided by stress and anxiety as a result of fears of surgery and possible sequels or even the possibility of death. It is also present the feeling of guilty of the family for the accident that caused the burn, this feeling transferred to the professional in times of invasive procedures. Given these facts, it appears that the health staff professionals are aware of the forms of communication, the transfer of information with respect to the timing and forms of interaction. It highlights the importance of involving family companions in the invasive treatment procedures, making them active in the child's recovery process.

Keywords: Family companion. Family. Health staff. Hospitalized child. Burns. Informative booklet.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	54
Tabela 2.....	63
Tabela 3.....	66
Tabela 4.....	74
Tabela 5.....	81
Tabela 6.....	85
Tabela 7.....	88
Tabela 8.....	137
Tabela 9.....	142
Tabela 10.....	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPSH / UFSC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

LABSFAC - Laboratório de Pesquisa em Saúde, Família e Comunidade

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UQ – Unidade de Queimados

PNH - Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão

PPGP – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
2.3 META DO ESTUDO	27
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
3.1 QUEIMADURA: CONSEQUÊNCIAS E TRATAMENTO	29
3.2 HOSPITALIZAÇÃO NA INFÂNCIA	31
3.3 PERSPECTIVA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	33
3.4 O ENFOQUE DESENVOLVIMENTAL DA FAMÍLIA E CRIANÇA DOENTE E HOSPITALIZADA	36
3.5 REVISÃO DA LITERATURA	38
3.5.1 A participação dos familiares durante a internação e os procedimentos invasivos	38
3.5.2 A relação da família com a equipe de saúde	42
3.5.3. Preparação psicológica do familiar acompanhante	46
4. MÉTODO	53
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	53
4.2 PARTICIPANTES	53
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	55
4.3.1 Procedimentos realizados pela equipe de saúde	56
4.4 COLETA DOS DADOS – INSTRUMENTO	58
4.4.1 Entrevista semiestruturada	58
4.5 COLETA DOS DADOS - PROCEDIMENTOS	58
4.5.1 Entrevista semiestruturada com Profissionais da UQ	58
4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	59
4.6.1 Análise do conteúdo verbal da entrevista semiestruturada	59
4.6.2 Elaboração da cartilha informativa	60
4.6.3 Procedimentos Éticos	60
5. RESULTADOS	63
5.1 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS	63
5.1.1 Categoria 1 – Comunicação no contexto hospitalar	65
5.1.2 Categoria 2 – A circulação das Informações	73
5.1.3 Categoria 3 – Interação profissionais – família e criança	80
5.1.4 Categoria 4 – Condição emocional do acompanhante	84

5.1.5 Categoria 5 – Participação do acompanhante no tratamento	88
6. DISCUSSÃO	93
6.1 COMUNICAÇÃO EQUIPE DE SAÚDE-CRIANÇA; EQUIPE DE SAÚDE-ACOMPANHANTE	93
6.2 INFORMAÇÕES DESEJADAS PELOS ACOMPANHANTES E INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE	96
6.3 INTERAÇÃO EQUIPE DE SAÚDE E FAMÍLIA	99
6.4 CONDIÇÃO EMOCIONAL DO ACOMPANHANTE	102
6.5 PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NO TRATAMENTO	103
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
7.1 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES	107
7.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS, LIMITAÇÕES DO ESTUDO, DESDOBRAMENTOS PARA A PRÁTICA E ESTUDOS FUTUROS	110
REFERÊNCIAS	113
GLOSSÁRIO DE TERMOS	129
APÊNDICES	131
Apêndice A – Roteiro de entrevista com profissionais da UQHI	131
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Hospital	133
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	135
Apêndice D – Conteúdo das 3 cartilhas informativas	137

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado está inserida num projeto mais amplo, realizado pelo Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC), cujo título é “Atenção psicológica à saúde de crianças submetidas a procedimentos invasivos e à família”. Dentro deste, tem como temática principal, o atendimento psicológico às crianças a serem submetidas a procedimentos invasivos, tais como o tratamento de queimaduras. Este projeto está sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi, e insere-se na Linha de Pesquisa Saúde, Família e Desenvolvimento Psicológico, da Área de Concentração Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Meu interesse na área hospitalar iniciou-se durante a graduação em Psicologia, no 8º período na disciplina de iniciação científica. Nesta fase do curso, iniciei os estudos em psicologia hospitalar.

Havia a opção de escolher outras áreas para realização do Trabalho de Conclusão de Curso- TCC, conhecido na UNIVALI como Trabalho de Iniciação Científica – TIC, mas optei por essa área devido ao interesse em me aprofundar nesse tema. A pesquisa envolveu crianças hospitalizadas em um Hospital Infantil, acompanhadas dos seus familiares. O objetivo foi avaliar a eficácia de um programa de preparação psicológica das crianças para realização de cirurgias eletivas.

Após apresentação/defesa do TIC, ainda durante a graduação, fui convidado a participar da coleta de dados da pesquisa de uma doutoranda nesta área, cujo objetivo foi averiguar os efeitos de três programas de preparação psicológica sobre estresse e a ansiedade de crianças submetidas a cirurgias eletivas (Broering, 2014).

Durante a realização desses projetos, surgiu a ideia de um projeto para preparar os pais/familiares de crianças que passariam por cirurgia. Ingressei no PPGP da UFSC com um pré-projeto cujo objetivo seria preparar os familiares acompanhantes de crianças que seriam submetidas a procedimentos invasivos. Surgiu então a possibilidade de trabalhar com familiares/acompanhantes de crianças internadas para tratamento de queimaduras com o intuito de desenvolver cartilhas informativas. Ideia esta então que deu origem a esta dissertação.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da hospitalização de crianças para tratamento de queimaduras. Trata-se de um tema que se enquadra na área da psicologia pediátrica, que tem como contexto mais amplo a psicologia hospitalar e da saúde.

A psicologia pediátrica é um campo de conhecimento que se ocupa da aplicação do saber psicológico à saúde da criança, no âmbito do atendimento hospitalar e, neste contexto, preocupa-se também com questões relativas à família enquanto cuidadores e usuários do serviço hospitalar. É um campo de saber voltado a estudar crianças de diferentes faixas etárias que se encontram em enfermarias, unidades de tratamento intensivo, emergências, ambulatórios médicos (Crepaldi, Rabuske & Gabarra 2006). De acordo com as autoras, a Psicologia Pediátrica objetiva a proteção da criança, hospitalizada ou não, e a promoção do seu desenvolvimento em situação de risco orgânico. Para alcançar esse intento, lança mão de outros referenciais teóricos, tais como a Psicologia Social e a Educação, Sociologia, entre outros, além de considerar fatores como o funcionamento e dinâmica dos grupos.

Em se tratando de hospitalização, quanto às doenças que acometem crianças, essas podem ser classificadas como agudas ou crônicas. As doenças agudas que comumente promovem internação são: doenças respiratórias, apendicite, desnutrição, doenças infectocontagiosas, acidentes ortopédicos, incluindo também casos cirúrgicos. Dentre as crônicas, destacam-se o câncer, as cardiopatias, a síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), a fibrose cística, disfunção renal crônica, asma, epilepsia, hemofilia, hipertensão e diabetes. Também as doenças do neonato, tais como cardiopatias congênitas e problemas decorrentes da prematuridade (Crepaldi et al., 2006).

Além das doenças, acidentes domésticos como queimaduras, envenenamentos e fraturas também são responsáveis por hospitalizações, configurando-se em fatores de risco para acidentes na infância. Esses podem ser classificados em químicos, nos casos de ingestão de medicamentos e produtos de limpeza e higiene; físicos, oriundo de líquidos quentes e locais perigosos como janelas e escadas; biológicos, nos casos de contato com animais peçonhentos ou

domésticos e plantas venenosas; e estruturais, relacionados ao estilo de vida, crenças e fatores culturais. Também vale considerar a falta de cuidado dos responsáveis na proteção criança (Souza & Barroso, 1999).

Dentre os fatores de risco anteriormente citados, a queimadura, tema central desta dissertação, é um evento causador de lesões dolorosas que na maioria das vezes resulta em hospitalização. Pode ser definida como uma lesão da pele e suas estruturas internas, provocada por agentes externos, a exemplo do fogo, choque elétrico, produtos químicos, entre outros. A profundidade da queimadura determinará a gravidade, especificamente em 1º, 2º e 3º grau, sendo os dois últimos os mais graves. Quanto à extensão da área atingida, poderá variar entre pequeno, médio e grande (Lima, Novaes, Piccolo & Serra, 2008). Os acidentes com queimaduras em crianças são atribuídos aos lapsos na atenção, perigos domésticos e pela peculiaridade da criança quanto à mobilidade (Pickett, Streight, Simpson & Brison, 2003). O ambiente da casa mais propício ao acidente é a cozinha, fonte de calor e existência de líquidos superaquecidos (Drago, 2005; Tse et al., 2006).

No Brasil, estima-se que em 2006 foram hospitalizadas 16.573 crianças e adolescentes com lesões por queimaduras, sendo as principais causas desse tipo de trauma as escaldaduras, acidentalmente em ambiente doméstico (Brasil, 2006).

A Portaria nº 1.273/GM/MS, de 21 de novembro de 2000, estabelece mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Com base na Portaria 3.281, de 30 de dezembro de 2011, em 2012 foram destinados pelo Ministério da Saúde mais de R\$ 1,8 milhão ao tratamento às vítimas de queimadura. Além do tratamento hospitalar com objetivo de reduzir riscos de complicações, o investimento objetivou o custeio de próteses e outros componentes conforme necessidades dos pacientes.

Para o tratamento de queimadura, diferentes procedimentos são realizados por profissionais da saúde com objetivo de amenizar a dor e iniciar a recuperação, definidos como procedimentos invasivos. Zanon e Neves (1987) consideram procedimentos invasivos aqueles que abrem vias de acesso nos tecidos estéreis do organismo, que rompem e penetram por suas barreiras naturais. Entre os diferentes procedimentos invasivos realizados por profissionais da saúde, estão as ações voltadas ao tratamento de lesões por queimaduras, tais como o desbridamento, a

punção venosa, a limpeza das lesões, enxertia e as trocas de curativos (Lima & Serra, 2004).

A hospitalização comumente é geradora de estresse dos familiares que acompanham seus filhos, potencializada pelo desconhecimento, resultando em reações de ansiedade e medo (Pimentel, 2001; Bess d'Alcantara, 2008; Machado, Jesus & Filgueiras, 2008). Outro aspecto importante é que a internação gera desintegração temporária na família, caracterizando-se como um momento de crise (Crepaldi, 1998). Segundo a autora, o deslocamento de cidade, as alterações nos papéis de cada membro familiar, o fato dos outros filhos sentirem-se preteridos em relação à criança doente, o adoecimento orgânico ou psicológico de outros membros da família e o surgimento ou agravamento de conflitos conjugais, são efeitos sobre a dinâmica familiar que denotam que a doença da criança torna-se a doença da família.

Uma vez internado juntamente com a criança, o familiar acompanhante encontra-se fragilizado e anseia por informações claras. Entretanto, o que se percebe é que as informações prestadas aos familiares nem sempre são suficientes, condição geradora de preocupações e incertezas. Pais despreparados e desinformados poderão se apresentar indisponíveis na transmissão de informação aos filhos. Quando há intenção de transmitir algum tipo de informação adequada e necessária, demonstram pouco conhecimento. Ao basear suas informações em suas próprias representações, os pais podem incorrer no risco de confundir ou mesmo assustar a criança (Broering & Crepaldi, 2011). Informações valiosas como a severidade da doença, o prognóstico, a possibilidade de risco de morte, o tipo de cirurgia como paliativo ou curativo, os efeitos adversos inesperados da doença, cirurgia, ou até mesmo aspectos sobre a anestesia, geralmente não são abordadas junto aos pacientes e familiares, resultando em desconhecimento e elevado nível de ansiedade (Kiyohara et al., 2004). Pais devidamente informados poderão desenvolver um comportamento de segurança e carinho junto ao filho, contribuindo na redução da ansiedade (Pimentel, 2001).

Há casos em que o familiar acompanhante apresenta conhecimento suficiente para esclarecer e amenizar o sofrimento da criança, mas não o faz por diferentes razões. De acordo com Mikowski (2008), há pais que omitem o verdadeiro motivo da internação e

aspectos sobre os procedimentos por não saberem lidar com as reações da criança.

Frete a este contexto desafiador, há que se considerar a relevância desta pesquisa junto às famílias e profissionais de saúde. Considera-se a existência de pelo menos dois tipos de relevância em pesquisas, de acordo com Luna (2002), a científica e a social. Em âmbito científico, este estudo poderá contribuir junto a profissionais e pesquisadores, disponibilizando informação concernente à temática de pesquisa e promovendo o avanço do conhecimento científico na área. Este avanço, por outro lado, gera conhecimento sobre formas de atuação mais eficazes junto aos familiares, resultando em melhorias na qualidade da comunicação entre a equipe de saúde, a família e a criança, e aperfeiçoamento técnico dos profissionais nas suas rotinas de trabalho, incluindo novos modos de agir junto ao familiar acompanhante, com a implantação de um programa de preparação psicológica.

Em âmbito social, a pesquisa visa proporcionar ao familiar maior conhecimento sobre aspectos da interação da criança, que possivelmente poderá resultar em maior controle dos estados emocionais vivenciados, tais como ansiedade, estresse, medo, angústia, possibilitar à criança maior conhecimento e segurança sobre sua condição, fruto das novas formas de atuação do familiar, mudança na percepção do ambiente hospitalar, de aversivo para um ambiente promotor de desenvolvimento, melhor compreensão da criança e do familiar acompanhante sobre os procedimentos realizados, resultando em melhor manejo da situação e, por fim, sem esgotar os impactos positivos do preparo psicológico, promover um ambiente mais humanizado.

As práticas de comunicação de informação coadunam-se com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – PNH. Uma iniciativa do Sistema Único de Saúde – SUS, criada em 2003, que objetiva qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde por meio da produção de novas atitudes no campo de trabalho por parte dos trabalhadores, gestores e usuários com vistas a superar os desafios do cotidiano (Brasil, 2010a).

A humanização não se resume às atitudes humanitárias ou de caráter filantrópico para tornar mais humana a relação com o usuário. Tem em seu cerne ofertar um atendimento de qualidade “articulando os

avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Brasil, 2004, p.6). Implica, portanto, considerar os diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde. A humanização suscita o vínculo com os usuários e familiares, a garantia dos seus direitos, a percepção e estimulação desses como atores do sistema em detrimento à passividade, e promoção de melhores condições de trabalho aos profissionais com vistas à execução de um trabalho digno e sua participação como cogestores de seu processo de trabalho.

Para alcançar este objetivo, a humanização preconiza a troca de saberes entre os profissionais com inclusão de pacientes e familiares, ou seja, promoção da interação entre os sujeitos pertencentes ao sistema de saúde, com vistas à produção de uma grupalidade que se constrói coletivamente com foco na produção de saúde. A PNH destaca que a mobilização dos sujeitos sociais torna-os capazes de “transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (Brasil, 2004, p.8).

Esta pesquisa subsidiará a elaboração de três cartilhas informativas voltadas ao preparo psicológico de acompanhantes de crianças com queimaduras, a ser construída durante a pesquisa. A utilização da cartilha informativa como um novo instrumento de transmissão de informação e preparação dos familiares acompanhantes, somada às práticas já realizadas pela equipe da Unidade de Queimados – UQ, poderá proporcionar aos familiares novas formas de enfrentamento e atuação frente ao evento novo e aversivo.

Com base nestas considerações, este estudo tem por pergunta de pesquisa: **Como se processam a comunicação e a interação entre equipe-família-criança em uma Unidade de Queimados?**

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender como se processam a comunicação e a interação entre equipe-família-criança, na perspectiva da equipe de saúde, em uma Unidade de Queimados, com vistas a desenvolver três cartilhas sobre os procedimentos realizados e a hospitalização.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a comunicação entre equipe-família, seus facilitadores e dificultadores;
- Caracterizar a comunicação entre equipe-criança;
- Caracterizar a interação entre equipe-família e equipe-criança;
- Identificar como se processa a transmissão de informações da equipe para a família.

2.3 META DO ESTUDO

Com base nos resultados dos objetivos anteriores, construir três cartilhas informativas destinadas à preparação de familiares acompanhantes para o enfrentamento dos procedimentos realizados e a hospitalização.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 QUEIMADURA: CONSEQUÊNCIAS E TRATAMENTO

A queimadura é um tipo de lesão que rompe os mecanismos de defesa global presentes na pele íntegra, transformando-a em um rico meio de cultura de bactérias, entre outros agentes invasores e causadores de infecções fúngicas e viróticas. As infecções são responsáveis pelo aprofundamento das lesões e consequente aumento no tempo de internação e custos hospitalares, além de serem responsáveis por mais de 70% dos óbitos (Lemos et al., 2004). Uma vez que a extensão e profundidade das lesões são fatores predisponentes de complicações infecciosas, desnutrição, doenças cardíacas e pulmonares e a diabetes, fatores esses de maior gravidade em crianças com menos de dois anos de idade, os autores acima citados destacam a importância de avaliar o estado de saúde prévio do paciente, uma vez que a qualidade dos primeiros socorros prestados, principalmente à criança queimada, é de suma importância para o prognóstico e prevenção da infecção.

O tratamento comumente realizado em vítimas de queimaduras engloba o resfriamento com água, como tratamento de urgência, na temperatura entre 8 e 15°C entre 10 e 60 minutos; desbridamento das bolhas sob analgesia; tratamento tópico para prevenir a invasão bacteriana; assepsia e proteção da ferida com curativos em áreas expostas e o tratamento nutricional para repor perdas de nutrientes e restaurar o estado imunológico. A balneoterapia, hidratação e nutrição adequadas realizadas no cuidado diário do paciente queimado reduzem a limites consideráveis a invasão microbiana (Lemos, et al. 2004).

Em se tratando de criança com queimadura, o tratamento inicial, além de levar em conta as características anatômicas e fisiológicas, deve considerar a experiência de medo, dor e incertezas, pois esse contato inicial e ações prestadas pela equipe de saúde influenciarão de maneira significativa a evolução clínica e prognóstico (Oliveira & Serra, 2004). Para os autores, o tratamento inicial diferenciará conforme o tipo de queimadura, profundidade e extensão. Queimaduras de 1º grau, 2º grau abaixo de 10% da área do corpo atingido e 3º grau abaixo de 2% de área do corpo atingido são consideradas queimaduras leves, sendo o tratamento ambulatorial e resume-se em mergulho da área atingida em

água fria ou aplicação de compressas frias, seguido de curativo, administração de analgésico e em certos casos administração de um sedativo para redução da ansiedade. Os autores destacam a importância de conversar com a criança durante a realização do curativo, com explicações claras e honestas, além de se permitir certa participação da criança durante o tratamento.

As queimaduras moderadas são aquelas cuja profundidade é de 2º grau com 10 a 20% da área do corpo atingida e 3º grau entre 3 e 5% da área do corpo atingida. As graves são consideradas aquelas cuja profundidade é de 2º grau com 20% ou mais de área atingida e 3º grau acima de 10% (Oliveira & Serra, 2004). Para os autores, crianças com queimaduras de 2º grau acima de 10% ou de 3º grau acima de 5% da área do corpo atingida requerem tratamento com internação hospitalar.

Um dos aspectos consequentes das queimaduras são as infecções hospitalares. As infecções sempre foram responsáveis por considerável morbimortalidade de vítimas de queimaduras, sendo as técnicas de antisepsia e o uso de novos antimicrobianos importantes ações no controle das infecções (Lemos et al., 2004).

Além das infecções, outras complicações decorrentes da queimadura são comuns conforme a extensão da queimadura. Destacam-se a complicação do trato respiratório, resultando em pneumonia e embolia pulmonar; complicações do sistema urinário, a exemplo da insuficiência renal aguda e infecção urinária; a anemia, decorrente da maciça perda hídrica, necrose tissular e possíveis perdas sanguíneas; alterações gastrointestinais, exemplificada pelas úlceras agudas, pancreatite aguda, lesões hepáticas e intestinais, entre outras; complicações cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, arritmia e insuficiência cardíaca; complicações transfusionais, decorrentes da reposição de albumina, plasma, concentrado de hemácias, que poderão veicular patologias infecciosas, além da susceptibilidade às complicações hemolíticas; e complicações neurológicas e musculoesqueléticas, normalmente causadas pelo agente eletricidade (Cunha, 2004).

3.2 HOSPITALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

O ambiente hospitalar comumente gera medo, angústia e insegurança na criança hospitalizada em virtude da incompreensão do que se passa, podendo deixar marcas permanentes em suas vidas (Rossit & Fávere, 2011). Os procedimentos, embora tenham o objetivo de proporcionar bem estar, têm um caráter ameaçador, agressivo e invasivo para a criança, que não consegue entender muito bem o que se passa com ela (Crepaldi & Hackbarth, 2002; Rossit & Fávere, 2011).

Um estudo com 12 crianças de oito a 15 anos de idade que se submeteram à cirurgia para o tratamento de queimadura, questionadas quanto a suas percepções, pensamentos e sentimentos, constatou que essas crianças experimentaram uma espécie de trauma contínuo, além do trauma inicial após o acidente, resultando numa experiência de trauma acumulativo. Todas as crianças afirmaram sentir medo, preocupação, temor da morte ou perda de um membro do corpo, evidenciando mudanças comportamentais e emocionais no início da internação. Após o trauma inicial, um trauma contínuo se fazia presente nos casos de cirurgia e trocas de curativos, durante semanas e em alguns casos por meses (McGarry et al., 2013).

Em âmbito mundial, muitas crianças com câncer recebem atendimento para controle da dor somente após a doença atingir um estágio avançado. Muitos pais acreditam que a sua presença ou a presença de um familiar reduz a dor experimentada do filho (Forgeron, Finley & Arnaout, 2005). Nóbrega, Collet, Gomes, Holanda e Araújo (2010) destacam que crianças com doença crônica sentem a condição como algo que lhe impõe limitações e promove o desenvolvimento de sentimentos como medo, vergonha, tristeza e dúvidas. Em certas condições, a doença crônica leva a criança a se esforçar para compreender a situação e cooperar com o tratamento.

Um estudo realizado por Kortessluosa e Nikkonen (2008) sobre a dor infantil, especificamente quanto às estratégias utilizadas no alívio da dor, constatou que as crianças utilizam técnicas próprias, procurando lidar com a dor a sua maneira. Também confiam nos profissionais que demonstram competência e empatia diante da sua condição, e acatam orientações como respiração profunda, massagens, carícias, entre outras.

As crianças, embora demonstrem conhecimento sobre os procedimentos hospitalares, identificam-nos como dolorosos. Foi o que identificou o estudo de Quintana, Arpini, Pereira e Santos (2007) ao realizar entrevista lúdica com crianças hospitalizadas com objetivo de conhecer sua maneira de vivenciar a internação hospitalar. Constataram que essas percebem o hospital como um ambiente triste e demonstram preocupação com a possibilidade de óbito. As doenças alteram as condições psicológicas da criança e geram sentimentos negativos de medo e angústia decorrentes da dor e dos procedimentos hospitalares, com implicações também nos aspectos sociais (Crepaldi, 1999).

Diante desse contexto, estudos apontam a importância de informar a criança sobre todos os aspectos do ambiente hospitalar, mesmo nos casos de cirurgia simples e breve permanência no hospital (Machado et al., 2008). A criança preparada previamente para a cirurgia tornar-se-á uma colaboradora do tratamento ao perceber a necessidade e benefícios desta, mesmo que lhe deixe marcas (Salmon & Pereira, 2002). A transmissão da informação deve ser clara e precisa, considerando, de acordo com Silveira e Outeiral (2005), a real capacidade de compreensão da criança, geralmente negada pelos pais e pela equipe técnica.

Uma das estratégias que vem sendo adotada nos hospitais é a brincadeira, com objetivo de reduzir possíveis sentimentos negativos e proporcionar um ambiente propício ao repasse de informação. Pesquisas apontam que a brincadeira facilita a comunicação e a participação da criança na aceitação dos procedimentos médicos, manutenção da sua individualidade, redução do estresse, além de possibilitar um cuidado traumático junto à criança e familiares. O brincar interativamente proporciona à criança hospitalizada melhor interação com o ambiente hospitalar, o que possibilita maior humanização na assistência dessa criança, que pode expressar seus sentimentos e emoções. Brincar é um recurso viável e adequado no enfrentamento da hospitalização, com atenção para o fato da brincadeira não tornar-se algo mecânico dentro do hospital. Destaca-se que tais atividades devem ser realizadas de forma orientada, respeitando os protocolos médicos (Castro et al., 2010; Jansen, Santos & Favero, 2010; Azevedo, Santos, Justino, Miranda & Simpson, 2007; Fontes, Mondini, Moraes, Bachega & Maximino, 2010; Motta & Emuno, 2004).

Infelizmente, como apontado por Mitre e Gomes (2007), ao analisar as possibilidades e limites da brincadeira, como alternativa ao cuidado da criança hospitalizada, há divergência entre os profissionais quanto à prática, com diversidade de percepções. Nos hospitais brasileiros, atividades lúdicas são realizadas na maioria das vezes por voluntários sem maior orientação ou formação e sem vínculos com a instituição.

A atividade lúdica poderá configurar-se como estratégia eficaz no enfrentamento da hospitalização. A recreação e brincadeiras promovidas por palhaços favorecem a realização dos procedimentos clínicos, reduzindo o estresse. Também o brinquedo possibilita ao profissional melhor compreensão dos medos e necessidades da criança, até então pouco esclarecidos.

3.3 PERSPECTIVA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Para estudar a criança doente e hospitalizada é necessário ter presente que o pesquisador não pode prescindir de compreender a criança em desenvolvimento. Considerando este fato, esta pesquisa fundamentar-se-á na perspectiva teórica do modelo bioecológico do desenvolvimento humano, proposto por Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Evans, 2000). O modelo bioecológico é um importante aporte teórico para a compreensão do desenvolvimento humano que leva em consideração características do indivíduo, ambiente em que vive e a inter-relação desses ao longo do tempo (Bronfenbrenner & Evans, 2000). Esse modelo considera a interação de quatro núcleos dinâmicos e interdependentes no desenvolvimento humano: processo, pessoa, contexto e tempo, conhecido como modelo PPCT.

Os processos são interações recíprocas entre organismos, objetos e símbolos que se encontram no ambiente imediato. Os processos ocorrem no meio imediato à pessoa, nas interações e são definidos como processos proximais (Bronfenbrenner, 1986). Nesses processos proximais ocorre a troca de energia, que pode se dar em ambas as direções, de pessoa para pessoa em díades, tríades e mais que três pessoas ou mesmo da pessoa com objetos e símbolos (Bronfenbrenner

& Evans, 2000). Para os autores, os processos podem ter como produto a competência ou disfunção. Ao se caracterizar a aquisição de habilidades e conhecimento, tem-se o produto competência, que facilita o comportamento em situações de diferentes domínios, tais como intelectual, físico, motivacional, artístico e emocional ou em suas combinações. Em oposição, tem-se o produto disfunção, ou a manifestação recorrente de dificuldades de integração de comportamentos nas relações.

Para Bronfenbrenner e Ceci (1994), quanto maior a amplitude desses processos, que caracterizam um sistema de desenvolvimento recíproco em que um componente da díade se desenvolve e desenvolve o outro, melhor será a aquisição de conhecimentos, habilidades e promoção de relações estáveis e permanentes, mutuamente benéficas.

A pessoa, o segundo elemento do modelo PPCT, apresenta um papel ativo e interativo, na condição de protagonista e não apenas influenciada pelo ambiente. Bronfenbrenner (1986) propõem três elementos constituintes das características da pessoa que evidenciam como esta influencia o desenvolvimento. São eles: as disposições, constituído de fatores que permitem que os processos proximais se sustentem ou sejam impedidos de ocorrer; os recursos bioecológicos, ou as habilidades, experiências, conhecimentos e capacidades da pessoa para o funcionamento eficaz nos processos proximais nos estágios de desenvolvimento; e por fim as demandas, um terceiro elemento caracterizado por aspectos que promovem ou inibem reações do ambiente social e determinam o nível de desenvolvimento de processos proximais.

O contexto, um terceiro elemento, refere-se a um conjunto de sistemas em diferentes níveis denominados micro, meso, exo e macrosistema. O microsistema é ambiente mais imediato, constituído pela família, grupo de amigos, vizinhança. Neste ambiente, a pessoa realiza relações interpessoais face a face e interage progressivamente com maior complexidade conforme a função exercida no ambiente. Exerce atividades definidas por atividades molares, atividades essas consideradas por Polonia, Dessen e Silva (2008), compostas por ações contínuas reconhecidas como significativas e intencionais por todos envolvidos no ambiente.

O mesossistema representa as inter-relações entre um conjunto de microsistemas nos quais a pessoa está inserida e participa de maneira ativa (Polonia et al, 2008). Bronfenbrenner (1986) propõe, entre outros tipos de interligações, a interligação da pessoa em múltiplos ambientes, criando uma rede de relações de primeira ordem e a participação indireta, em que a pessoa participa de um ambiente ativamente enquanto uma terceira pessoa exerce um vínculo intermediário, proporcionando a inter-relação entre os ambientes.

O exossistema consiste em um ou mais ambientes em que a pessoa em desenvolvimento não participa diretamente, mas cujos eventos afetam ou são afetados pelo ambiente onde a pessoa está. Bronfenbrenner (1986) destaca o trabalho profissional dos pais, exossistema esse que afeta o ambiente em que a criança está inserida.

O macrosistema, o mais distante, permeando todos os outros sistemas, engloba as políticas públicas, sistema econômico, ideologias, crenças, costumes, estilo de vida, que influenciam o ambiente de desenvolvimento em que a pessoa está inserida (Bronfenbrenner, 1986).

Por fim, o elemento tempo, ou cronossistema, engloba tanto as modificações das características da pessoa, como também as mudanças do ambiente e sociedade (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Este não indica, necessariamente, a noção de idade cronológica, mas o curso de vida em que as pessoas se modificam ao mesmo tempo em que o meio também é modificado. Mudanças na estrutura familiar, nas atividades profissionais, no local de moradia, são exemplos de eventos do cronossistema.

Vale destacar a possibilidade de transição de contextos, definido como transição ecológica. Na concepção de Bronfenbrenner (1986, p. 22), as transições ecológicas são “tanto uma consequência quanto uma instigação de processos desenvolvimentais (...) e ocorrem sempre que a posição da pessoa no meio ambiente é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos”.

A transição do ambiente familiar para o hospitalar, à luz do modelo PPCT, possibilita compreender de forma sistêmica o processo relacionado com a hospitalização. Com base nas reflexões de Novaes e Portugal (2004), o ambiente hospitalar exerce influência qualitativa sobre a pessoa hospitalizada e conseqüentemente nas suas relações interpessoais. Devido às constantes consultas e internações, o contexto

hospitalar torna-se o microsistema da família e da criança hospitalizada. Logo, o adoecimento de uma criança constitui uma transição ecológica, pois essa transita do até então meio familiar, ou microsistema, para outro contexto, o hospitalar, outrora meso ou exossistema. No momento da hospitalização, o exossistema faz-se presente, por exemplo, nas questões da atividade profissional. Embora esse ambiente já se fizesse presente, agora estará influenciando e sendo influenciado pela nova condição de hospitalização, que acarretará afastamento das atividades laborais.

A hospitalização repercute no ciclo vital da família, cujos membros necessitarão se organizar diante das mudanças de ambientes, no convívio com outras pessoas, além de se organizarem para as repercussões da hospitalização, no tratamento e reabilitação.

3.4 O ENFOQUE DESENVOLVIMENTAL DA FAMÍLIA E CRIANÇA DOENTE E HOSPITALIZADA

A perspectiva desenvolvimental considera o desenvolvimento familiar representado em estágios, não definidos por idades, mas pelos papéis assumidos por cada membro e respectivas tarefas a serem desempenhadas de acordo com o contexto que se apresenta (Elder, 1996). Para o autor, a história de vida do indivíduo constrói-se pela interação com o contexto social, sendo que a sequência de eventos vivenciados pelo indivíduo define sua trajetória e compõe o seu curso de vida. Na família, a pressão do ambiente é percebida de forma distinta por cada membro e os pontos de transição e ciclo de vida, comuns aos membros são vivenciados de maneiras diferentes.

No desenvolvimento humano, as particularidades do indivíduo e do contexto exercem influência nos ciclos familiares, que por sua vez influenciam o desenvolvimento do indivíduo. Hinde (1992) traz a noção de que a criança cresce em uma rede de relacionamentos, geralmente no grupo familiar, que fazem parte de grupos maiores, ou seja, em contextos mais amplos. Diferentes níveis de complexidade social entram em ação, tais como sistemas fisiológicos e psicológicos dos próprios indivíduos, as interações de curto prazo entre os indivíduos, as relações que envolvem uma série de interações entre duas pessoas conhecidas entre si, grupos e sociedades. Cada um desses níveis, caracterizado por

níveis de influência, também são influenciados pelo ambiente físico e pela estrutura sociocultural de ideias, valores, mitos, crenças, instituições e assim por diante, mais ou menos compartilhados pelos indivíduos na relação, grupo ou sociedade em questão.

Com base nesta perspectiva, o ciclo de vida individual ocorre dentro do ciclo de vida familiar, ou seja, no contexto primário de desenvolvimento humano. Caracterizada por um sistema que se move ao longo do tempo, os familiares perdem a noção temporal ao enfrentarem um problema, um estressor desenvolvimental. Os estressores desenvolvimentais são eventos presentes nas transições de ciclo de vida, conforme a família avança no tempo, bem como eventos imprevisíveis, tais como uma morte prematura, uma enfermidade crônica, o nascimento de uma criança deficiente, que influenciam no processo de ciclo de vida familiar e poderão gerar disfunções nas relações ou mesmo rompimentos no sistema. As famílias perdem ou distorcem o senso de movimento, magnificando e fixando-se no momento presente, “esmagadas e imobilizadas por seus sentimentos imediatos” (Carter & McGoldrick, 1995, p.13).

No caso de hospitalização infantil, sentimentos de medo, ansiedade e estresse, envolvem a todos, interferindo na estrutura e dinâmica familiar. A situação que se impõe – o evento da hospitalização – afeta o desenvolvimento tanto da criança como dos familiares, constituindo-se um estressor desenvolvimental importante (Barros, 2003).

O acidente resultante em queimadura configura-se para os familiares e para a criança como um estressor desenvolvimental. A queimadura e suas sequelas, acompanhada da dor, da hospitalização e dos procedimentos invasivos voltados ao tratamento, fazem com que criança internada experimente uma condição aversiva, que foge ao seu controle e que interferirá no seu desenvolvimento. Vale lembrar que uma das sequelas resultantes da queimadura são as cicatrizes, com implicações frente à aparência. As cicatrizes são conseqüentes de lesões térmicas profundas e poderão resultar em desfiguramento, dor e restrição funcional (Singh, Devgan, Bhat & Milner, 2007; Fabia & Groner, 2009).

Neste sentido, é importante considerar a possibilidade de preparar os familiares acompanhantes no cuidado da criança. Embora a

hospitalização se configure como um evento estressor, poderá se apresentar como oportunidade de desenvolvimento tanto das crianças como dos familiares, desde que a equipe de saúde envolvida promova estratégias para que os familiares sintam-se competentes nas ações de recuperação da criança (Bezerra & Fraga, 1996). Pais bem informados e preparados para o enfrentamento de situações estressoras no hospital poderão transmitir mais segurança à criança, com vistas à proteção e desenvolvimento desta.

Na ótica desenvolvimentista, o ambiente hospitalar deixa de se configurar tão somente como ambiente de restrição ao desenvolvimento infantil, e numa perspectiva ecológica do desenvolvimento, os diferentes microsistemas aos quais a criança e familiares são expostos poderão possibilitar novas formas de enfrentamento e até mesmo atenuar o impacto da hospitalização.

3.5 REVISÃO DA LITERATURA

3.5.1 A participação dos familiares durante a internação e os procedimentos invasivos

A presença dos pais durante procedimentos invasivos pediátricos ainda é percebida com desconfiança por alguns profissionais da saúde, por julgarem que os pais dificultam o ato de cuidar. Há que se considerar que pacientes pediátricos são incapazes de agir de forma independente e necessitam também dos familiares para seu cuidado. Algumas instituições relutam em implementar políticas centradas na família. Os pais, por seu turno, contestam e assumem um papel mais proativo, à sua maneira, na assistência à saúde de seus filhos. Portanto, a vontade da família de estar presente junto à criança deve ser levada em consideração na implementação de um programa de cuidados, abrindo portas para um plano sistêmico (Pruitt, Johnson, Elliott, & Polley, 2008).

Estudo realizado com 21 pais de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP, com objetivo de compreender as alterações familiares provenientes da internação, identificou que as mães buscavam interagir com a equipe, dispostas a auxiliar no tratamento e cuidados despendidos aos filhos, buscando evitar o isolamento,

interagindo e trocando informações com a equipe e demais acompanhantes a fim de reforçar seus mecanismos de enfrentamento (Hayakawa, Marcon & Higarashi, 2009).

Em um estudo realizado por Ribeiro e Angelo (2005), com 11 crianças com idades entre três e seis anos, sobre o significado da hospitalização, demonstrou-se que a mãe desempenha uma ação terapêutica junta à criança, sendo um ponto de referência frente às experiências que vivencia no hospital. A pesquisa identificou que a criança internada encontra-se vulnerável, mas apta a enfrentar a hospitalização uma vez que a mãe exerce o papel de protetora, compreensiva e disposta a responder às suas necessidades de ordem física e emocional, além de apoiar e informar sobre procedimentos e rotinas hospitalares.

Uma pesquisa com 19 pais em quatro enfermarias de pediatria de um hospital geral em uma região de Hong Kong, sobre suas experiências de participação no cuidado de hospitalizado, identificou um forte desejo de participação no cuidado do filho nessa situação. Independentemente do estado de saúde da criança e do tempo de internação, os pais consideraram a hospitalização do filho como o evento mais importante da família. Ficar com a criança hospitalizada foi um aspecto incondicional de ser um pai ou uma mãe. A maior parte dos pais deixou de lado compromissos pessoais, papéis familiares e até mesmo necessidades fisiológicas, para acompanhar seu filho hospitalizado por mais de 20 horas por dia. Tal comportamento facilitou a interação da equipe de saúde com a criança e possibilitou um cuidado mais humanizado (Lam, Chang & Morrissey, 2006).

Com objetivo de analisar as associações entre experiências de dor de crianças com relação à autopercepção e percepções maternas e indicadores de estresse, uma pesquisa contou com a participação de 30 crianças de ambos os sexos de seis a 12 anos de idade, com diferentes diagnósticos clínicos, internadas em uma enfermaria pediátrica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), acompanhadas de suas mães. Os resultados apontaram que as crianças podem expressar a dor de muitas maneiras, por meio da comunicação verbal ou não-verbal, e com uma série de comportamentos, como o choro, movendo o corpo e com atividades faciais. Todas essas atividades favorecem a identificação

de desconforto, passíveis de interpretação pelo cuidador. Os resultados demonstraram que as mães foram capazes de detectar o nível de dor sentido por seus filhos, demonstrando que cuidadores familiares podem agir como bons informantes sobre os níveis de dor experimentados pelos filhos na condição de hospitalização (Matsuda-Castro & Linhares, 2014).

Um estudo com pais de 16 crianças submetidas a um ou mais procedimentos invasivos, do tipo intubação e inserção de drenos torácicos, com objetivo de avaliar as consequências da presença dos pais durante procedimentos invasivos, constatou que embora a ansiedade dos pais quanto à condição do filho não tenha reduzido, a ansiedade relacionada ao procedimento invasivo diminuiu. Quanto à equipe de saúde, quinze (94%) dos 16 enfermeiros consideraram a presença dos pais útil para a criança e treze (72%) de 18 enfermeiros indicaram que permitir que os pais observassem os procedimentos foi uma política adequada (Powers & Rubenstein, 1999).

Outro estudo realizado em um departamento de emergência pediátrica avaliou os benefícios da presença dos pais para procedimentos invasivos e também para procedimentos de reanimação. Foram realizados 64 eventos, sendo 28 intervenções de reanimação e 36 procedimentos invasivos, com a presença de 22 pais acompanhados de um facilitador, geralmente enfermeira, assistente social ou especialista em criança e 92 profissionais. Os participantes completaram uma pesquisa sobre suas experiências e descreveram seu papel como ativo durante os eventos e consideraram que tinham o direito de estarem presentes. Os profissionais, que também participaram do estudo, relataram que a presença dos pais não afetou negativamente o cuidado (Mangurten et al., 2006). De acordo com esses autores, na maioria dos departamentos de emergência, a presença da família no quarto do paciente durante procedimentos de emergência é impedida, fruto do medo de que os familiares percam o controle emocional e interrompam o atendimento ao paciente, entre outras razões. Entretanto, os resultados da referida pesquisa demonstraram que os benefícios da presença dos pais superaram os eventuais problemas.

Crianças submetidas a procedimentos invasivos poderão se beneficiar com diferentes estratégias de enfrentamento quando realizadas por um facilitador, com redução do possível impacto negativo

de um procedimento dessa natureza. Entretanto, o familiar acompanhante deve estar ciente do real motivo da internação ou dos procedimentos. Um estudo com 153 mães em um hospital de Gana, sobre o conhecimento que essas apresentavam sobre os motivos de internação do filho recém-nascido, identificou que 40% das mães não apresentavam compreensão do porquê seu bebê necessitava de internação hospitalar e 28% tinham apenas uma compreensão parcial. Um terço das mães relatou culpar-se pela doença da criança. Os pesquisadores concluíram que as mães participantes do estudo demonstraram dificuldades em compreender as informações transmitidas pela equipe de saúde e que as lacunas na compreensão poderiam colocar a criança em situação significativa de risco (Gold et al., 2013).

Corroborando o estudo anterior, outra pesquisa realizada por Soderback e Christensson (2008) com 100 familiares cuidadores de crianças hospitalizadas, em uma clínica pediátrica de um hospital de Maputo, Moçambique, demonstrou que o baixo nível de escolaridade resultou na dificuldade de compreensão sobre aspectos relacionados à internação da criança. Embora os familiares demonstrassem desejo de envolver-se no cuidado da criança hospitalizada, na sua maior parte, o baixo nível de educação e condições socioeconômicas desfavoráveis resultaram em limitado nível de conhecimento sobre a condição da criança e questões relacionadas ao tratamento. Concluem os autores que, no contexto moçambicano, as experiências de vida estão enraizadas na pobreza e na construção hierárquica da sua cultura, condição que promove que a equipe do hospital seja percebida culturalmente como superior.

No Brasil, um estudo com 47 acompanhantes de crianças hospitalizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de identificar o conhecimento destes sujeitos quanto ao diagnóstico médico e suas concepções sobre os possíveis agravantes causadores da hospitalização, constatou que a maior parte desconhecia o diagnóstico clínico. A possível causa estava relacionada com a qualidade da informação, deficitária no âmbito hospitalar, o que pode comprometer o processo de humanização na assistência à saúde da criança (Melo, Marcon & Uchimura, 2010).

De acordo com Breiner (2009), familiares, criança, médicos, enfermeiros, técnicos e outros envolvidos deverão participar do processo de preparação para procedimentos invasivos. Como estratégias, o uso de fotografias, adereços, demonstrações dos instrumentos como cateter e máscara, não limitada a explicações verbais, poderá facilitar a captação da informação. Uma turnê ao ambiente onde será realizado um procedimento invasivo também poderá reforçar e dar clareza às explicações verbais. Técnicas de relaxamento, respiração controlada, brincando de médico e distração também poderão trazer resultados positivos. Compete à equipe de saúde fornecer termos e explicações, respeitando o nível de desenvolvimento da criança, agindo com honestidade para não perder a confiança em procedimentos invasivos futuros. É tranquilizador informar quando um procedimento está terminando ou está em vias de terminar.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) assegura, entre outros, o direito da criança e do adolescente de ser acompanhado por um familiar durante a internação. De acordo com o Artigo 12, “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (Brasil, 1990, artigo 12). Também o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (1995), entre outros direitos, menciona o de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável; o direito de ter conhecimento de sua enfermidade, informações sobre os cuidados terapêuticos, diagnóstico, prognóstico, respeitando a fase cognitiva e acompanhamento psicológico quando necessário. Portanto, é imprescindível que se estude a relação entre família e equipe de saúde para potencializar as possibilidades de humanização do trabalho realizado junto às crianças com vistas à promoção de seu desenvolvimento.

3.5.2 A relação da família com a equipe de saúde

A doença representa um momento de crise, determina a interrupção do previsto e implica na necessidade do enfrentamento do duvidoso e do desconhecido. A internação hospitalar de um familiar ocasiona a desestruturação do desenho familiar, suscita certo sofrimento

interno, a elevação da ansiedade e comumente desencadeia uma série de dificuldades as quais a família terá que enfrentar, dentre outras, o ritmo hospitalar incompatível com a vida rotineira, a responsabilidade diante de decisões difíceis e a falta de informação adequada sobre a situação do familiar (Lustosa, 2007).

Nos casos de hospitalização infantil, o ambiente hospitalar poderá configurar-se como hostil para a criança internada. A família comumente é acometida por sentimentos de incertezas e medos em relação à doença da criança. Os sentimentos de impotência, estresse e ansiedade, geralmente, estão relacionados com falta de conhecimentos sobre os cuidados necessários voltados à criança e à possibilidade de agravo de saúde com possibilidade real de morte (Broering & Crepaldi, 2011; Cõa & Pettengill, 2010; Carnier, Rodrigues & Padovani, 2012; Gomes & Oliveira, 2012).

Neste contexto de hospitalização, a relação da família com a equipe de saúde é tema de destaque em estudos que avaliam a importância da relação sadia entre estes, competindo à equipe de saúde exercer suas atividades com vistas à humanização no processo de atendimento. Como destaca Crepaldi e Varella (2000), a família deve ser acolhida de maneira personalizada. Acolhimento este que significa serem aceitos como são, com suas dores, seus problemas, seu modo de viver. Nesse sentido, a equipe de saúde necessita ter consciência dos efeitos da hospitalização nas famílias, entre outros: desorganização da rotina familiar, ausência da mãe no lar, conflitos conjugais, tensão e preocupação com o filho doente, preocupação por faltas ao trabalho para poder prestar uma assistência mais eficaz.

Entretanto, esse acolhimento nem sempre é evidenciado, conforme observado no estudo de Quirino, Collet e Neves (2010). Os autores destacam que o atendimento à família no hospital parece ficar no plano da ideiação, ou seja, embora haja uma compreensão ampliada por parte da equipe de saúde sobre a situação do familiar, não há um plano de trabalho que inclua o familiar como sujeito que necessita de cuidado no hospital. A mãe é percebida como mais um agente cuidador, facilitadora de processos mecanizados da assistência, aliviando, até certo ponto, o trabalho a ser realizado pela equipe. Góes e Cava (2009), em seus estudos, demonstraram que o profissional de saúde executa suas ações com base no modelo biologicista do processo saúde-doença, com

transmissão de conhecimento daquele que é detentor do saber, com pouca valorização ao saber das famílias e sua realidade social. Nóbrega et al. (2010) chamam a atenção para a importância da equipe de saúde estar atenta sobre a condição da criança, a fim de possibilitar um cuidar mais empático por meio da escuta atenta e da interação dialógica, de acordo com a fase de crescimento e desenvolvimento.

Uma vez que tanto a família e a criança são afetadas pela doença e internação, em que alguns pais apresentam medos ou mesmo culpa por acreditarem na responsabilidade da instalação da doença, a equipe de saúde deve compreender o que se passa com a família, pelo entendimento dos sentimentos oriundos da situação adversa da hospitalização e suas implicações (Crepaldi et al., 2006).

Diante desta condição, Nieweglowski e Moré (2008) realizaram um estudo com 16 familiares de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica- UTPI com objetivo de analisar o processo de comunicação equipe-família e seu impacto em todos os envolvidos na situação de internação. Os resultados demonstraram a presença de uma trama comunicacional entre equipe de saúde e família, caracterizada por fatores como a dificuldade de comunicação da equipe com os familiares, estado emocional do familiar influenciando na absorção das informações, dificuldade da equipe médica em abordar os casos graves, restringindo a informação a: “o quadro apresenta-se estável”. As autoras chamam atenção para o fato de que a equipe deve estar atenta à congruência entre o que é dito e o não verbalizado, como gestos, posturas e comportamentos. Os familiares estão sempre atentos às pistas comunicacionais e privilegiam a forma como a informação é transmitida em detrimento ao seu conteúdo. As autoras citadas destacam que a equipe direciona suas atividades aos procedimentos médicos, com vistas à manutenção da vida, e não desenvolve habilidades para uma melhor comunicação com a família em situação de internação.

Neste sentido, Murakami e Campos (2011) salientam que as ações em enfermagem não devem ser centralizadas somente na patologia apresentada, condição em que o enfermeiro é apenas um executor de cuidados técnicos ao paciente, mas ao contrário, devem exercer seu papel como facilitador da vivência de hospitalização, proporcionando um tratamento menos traumático para a criança e seu acompanhante, na maioria das vezes a mãe.

Pesquisa realizada por Gomes e Oliveira (2012) demonstrou que as famílias sentem-se potencializadas para o cuidado da criança quando são incentivadas, educadas e instrumentalizadas para esse objetivo pelos profissionais de saúde. Por exemplo, a informação sobre os procedimentos médicos, diagnóstico e prognóstico é peça chave para adesão ao tratamento por parte da criança e familiar e na recuperação do paciente. A informação prestada pelos profissionais de saúde promove a redução dos eventuais sintomas negativos, seja pelo esclarecimento com o repasse de informações quanto aos procedimentos médicos, diagnóstico e prognóstico sobre a doença da criança internada, seja pela valorização e acolhimento desse familiar.

Para alcançar o objetivo de preparar o familiar para a hospitalização de um membro da família, discute-se na literatura a importância de ações da equipe de saúde voltadas ao preparo do familiar acompanhante. Souza, Scatolin, Ferreira e Croti (2008) consideram importante elaborar e implementar programas sistematizados de atenção à família com o objetivo de que a equipe de saúde atue de forma interdisciplinar, direcionando suas ações para que essas não ocorram de forma isolada e dependente da sensibilidade de cada profissional. Este é um aspecto de suma importância, pois, conforme apontado por Sabatés e Borba (2005), os pais não estão totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização dos filhos.

Embora a presença do familiar/acompanhante possa dificultar a realização de certos procedimentos, gerando algumas situações de conflitos, a equipe de enfermagem considera importante a presença do mesmo, por facilitar o desempenho de suas atividades junto à criança hospitalizada, ao ponto de considerar o familiar uma extensão da equipe na unidade de pediatria (Sousa, Gomes & Santos, 2009). Broering e Crepaldi (2011) salientam que devem ser dadas informações aos pais e posteriormente aos filhos, mas se faz necessário orientá-los quanto ao modo de fazê-lo mais efetivamente. Essas informações são importantes para que os pais possam auxiliar seus filhos a enfrentarem a situação de hospitalização, pois, em certos momentos, da ansiedade dos pais advém a ansiedade dos filhos (Barros, 2003).

Diante do exposto, evidencia-se que a participação da família, quando não limitada aos direitos e deveres, com ações que a envolvam em todo o processo de hospitalização, tem como resultado a redução do

sofrimento psíquico desta e da criança, com possibilidade de promoção do desenvolvimento em um ambiente por muitos considerado tão somente hostil (Barros, 2003; Milanesi, Collet, Oliveira & Vieira, 2006; Sabatés & Borba, 2005).

3.5.3. Preparação psicológica do familiar acompanhante

A vulnerabilidade da família frente à internação de um filho desencadeia sofrimento intenso pela possibilidade de perda definitiva. Côtá & Pettengill (2010) realizaram um estudo sobre a experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada. Participaram 11 famílias de crianças hospitalizadas em um hospital universitário do Município de São Paulo. O estudo constatou que a família se sente impotente e insegura diante da necessidade de tomar decisões sobre aspectos relacionados à internação da criança, principalmente quando as intervenções envolvem risco de morte. Tal condição resulta em um estado de submissão junto à equipe de saúde, uma vez que esses são os únicos capazes de ajudá-la a ter seu filho de volta. Uma vez que esse quadro de submissão se estabelece, a falta de comunicação da equipe com a família, a exclusão dos pais das discussões sobre o tratamento, ou nas tomadas de decisões sobre o plano de cuidados, podem interferir no processo de interação equipe-família e resultar em situações de confronto.

Comumente, a internação do filho resulta em estresse, conforme demonstrado por Carnier et al. (2012). Segundo os autores, constatou-se estresse nas mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de procedimentos cirúrgicos, principalmente nos casos de primeira cirurgia do filho. Com base nos resultados, salientam os autores a importância do preparo tanto da criança como das mães acompanhantes.

Com o objetivo de avaliar as crenças e sentimentos dos familiares por ocasião da internação da criança, Melo et al. (2010) estudaram 47 acompanhantes de crianças hospitalizadas para diferentes tratamentos, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta pesquisa foi identificada a crença do acompanhante de que falhou em algum momento na educação doméstica, resultando em sentimento de culpa. As mães que participaram do estudo acreditaram que por terem agido, nas suas

palavras, “com pouca rigidez” na educação doméstica, ocasionaram o acidente ou doença da criança. Também demonstraram sentimento de culpa por terem transferido a responsabilidade de cuidados à outra pessoa, cujos cuidados despendidos ao filho foram insuficientes, resultando na doença.

O estudo de Santos, Oliveira, Barbosa, Siqueira e Peixoto (2013) com 34 familiares, com objetivo de investigar os reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante em uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital público de Goiânia-GO, identificou o sentimento de culpa presente nos relatos, suscitando a dúvida nas mães se poderiam ter feito ou deixado de fazer algo que teria evitado o adoecimento. Milanesi et al. (2006) em uma pesquisa com oito familiares de crianças hospitalizadas em um hospital pediátrico do estado do Paraná, com objetivo de ponderar sobre os possíveis sofrimentos psíquicos, identificou situações como preocupações, medo, desconfiança, desânimo, tensões, entre outras angústias vivenciadas no ambiente hospitalar. Os familiares revelaram sofrimento pela responsabilidade que assumiram no cuidado da criança e sentimento de impotência por desconhecer estratégias para minimizar a dor do filho

O estudo de Immelt (2006) com 190 crianças com idades entre sete e 11 anos, com doença crônica, acompanhadas de sua mães, evidenciou que enfermeiros e enfermeiras devem adotar o diálogo franco e aberto sobre o contexto de hospitalização e compreender as estratégias de enfrentamento adotadas pelos familiares com objetivo de auxiliá-los nesse processo. O estudo destacou que enfermeiros devem estar atentos para as oportunidades de interagir e promover o bem-estar dos familiares, indagando-os sobre as suas percepções quanto à doença e tratamento, com atenção às suas opiniões sobre o que é importante para promover a adaptação da família frente ao impacto da doença.

Diante desta constatação, da presença de diferentes sentimentos vivenciados pelos familiares por ocasião da internação da criança, Fincher, Shaw e Ramelet (2012) realizaram um estudo com 73 crianças e um dos seus cuidadores com objetivo de avaliar o efeito de um programa de preparo pré-operatório para redução da ansiedade das crianças e dos pais, em um hospital infantil na Austrália. Os participantes foram divididos em grupo controle e grupo experimental.

O grupo controle recebeu informações limitadas à avaliação clínica para anestesia. O grupo experimental foi preparado por meio de um arquivo de fotos composto de 21 temas apresentando a sequência dos eventos, da admissão, passando pela cirurgia até a etapa de alta hospitalar. Também constava no programa demonstração de equipamentos em uma enfermaria cirúrgica e um passeio à sala pré-operatória, além de um jogo terapêutico e atividades de distração e diversão, realizadas por uma equipe de especialistas na prestação de atividades lúdicas. O preparo pré-operatório teve duração de 60 minutos, e não se limitou ao hospital. Como a cirurgia seria agendada para os próximos dias, os pais retornavam para casa de posse de um kit composto por boneco, uma pulseira do hospital, touca e máscara descartável, para que esses realizassem a brincadeira terapêutica junto aos filhos. O programa de preparação pré-operatória foi projetado principalmente para as crianças, com os pais sendo envolvidos indiretamente no programa por meio de sua presença. Embora os autores concluíssem que a preparação pré-operatória não reduziu a ansiedade da criança, reduziu significativamente a ansiedade do familiar.

Outro estudo realizado por Li, Lopez e Lee (2007) com crianças chinesas, juntamente com seus pais, objetivou analisar os efeitos da intervenção com brinquedo terapêutico para procedimento de cirurgia eletiva e destacar a importância da participação dos pais na preparação psico-educacional. Participaram do estudo dois grupos, dos quais 97 crianças e seus pais pertencentes ao grupo experimental e 106 crianças e seus pais pertencentes ao grupo controle. O grupo experimental recebeu intervenção com o brinquedo terapêutico e o grupo controle foi preparado com informações de rotina. Os pais do grupo experimental, além de receber informações sobre as rotinas hospitalares, foram envolvidos na preparação psico-educacional do seu filho durante a intervenção na brincadeira terapêutica. Embora não pudessem participar diretamente das atividades, puderam assistir ao preparo, beneficiando-se com as explicações dadas ao filho. Os resultados demonstraram que o envolvimento dos pais aumentou a confiança na competência e qualidade do atendimento profissional. Os pais do grupo experimental tiveram estatisticamente menores escores de ansiedade-estado em períodos pós-intervenção e pós-operatórios e maior satisfação em relação aos pais do grupo controle. Os resultados do estudo também

indicaram que a ansiedade-estado dos pais foi associada com a ansiedade-estado elevada dos filhos. As crianças do grupo experimental demonstraram menos casos de comportamentos emocionais negativos e os pais no grupo experimental relataram maior satisfação.

Na mesma perspectiva dos estudos anteriores, Santos et al. (2013) estudaram 34 familiares de crianças internadas em uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital público de Goiânia-GO. Pesquisaram a interferência na rotina familiar do período de internação da criança e consequente necessidade de acompanhamento de um familiar, e evidenciaram as dificuldades enfrentadas pela família durante o período de internação, uma vez que a rotina de todos os membros foi alterada para atender a nova condição. Foi constatado o desgaste físico e emocional, o cansaço e a falta de tempo para o cuidado pessoal, a necessidade de mudança de hábitos diários e o desejo de retomar as atividades interrompidas.

Outro estudo realizado por Hayakawa et al. (2009) com 21 pais de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP, com objetivo de compreender as alterações familiares provenientes da internação, constatou que os pais se sentem divididos entre os demais familiares que permanecem em casa e a necessidade de priorizar o atendimento à criança hospitalizada e também relegando suas próprias necessidades em segundo plano. As famílias buscaram a reorganização das responsabilidades familiares, possibilitando, geralmente à mãe, assumir o acompanhamento e o cuidado do filho doente, com consequências sobre seus afazeres domésticos, rotina profissional, planos e compromissos.

Da mesma forma, Gomes, Pintanel, Strasburg e Erdmann (2005) apontam a importância da rede de apoio social. O familiar cuidador recebe apoio de membros da família que assumem responsabilidades fora do hospital, dos profissionais da equipe de saúde, de outros familiares presentes no hospital, amigos, vizinhos. Esse familiar, além de receber, também fornece apoio aos outros familiares, compartilhando o cuidado à criança.

Embora os familiares acompanhantes encontrem-se fragilizados diante do contexto inesperado de uma internação, esses têm um importante papel junto à criança internada, tais como fornecer suporte emocional e promover informação com objetivo de amenizar a condição

de internação e, quiçá, transformar o contexto em promotor de desenvolvimento. Gordon et al. (2010), em estudo com pais de crianças submetidas à cirurgia, corroboraram a outros estudos que apontam que os pais têm o importante papel de fornecedores de informação para seus filhos. Foram entrevistados pais de 102 crianças com idades entre seis e 10 anos internadas em um hospital infantil de Sydney, na Austrália com objetivo de conhecer a experiência de internação da criança no hospital, a natureza e formato da informação recebidas antes da admissão, e as informações que seriam úteis aos pais na concepção da criança. Os pais registraram um total de 163 perguntas feitas por crianças antes da sua admissão. Os questionamentos giraram em torno da duração da internação, tempo de procedimentos, dor, anestesia, agulhas, se os pais poderiam estar presentes durante a hospitalização e atividades para realizar no hospital.

Estudo realizado por Ribeiro e Angelo (2005) sobre o significado da hospitalização para a criança pré-escolar, utilizando a abordagem interacionista, identificou o importante papel da mãe, que desempenha uma ação terapêutica junto à criança, sendo um ponto de referência frente às experiências que vivencia no hospital.

A família necessita ser preparada para a internação dos filhos e a explicação do real motivo da cirurgia auxilia a criança na compreensão da doença e hospitalização, possibilitando certo controle sobre o desconhecido que esta situação representa (Ribeiro & Pinto, 2009). Devem ser fornecidas informações aos pais para posterior repasse aos filhos, mas se faz necessário orientá-los quanto ao modo de fazê-lo mais efetivamente (Broering & Crepaldi, 2011).

Pesquisa realizada por Sabaq e El-Awady (2012) em um departamento de cirurgia pediátrica com 120 crianças acompanhadas de suas mães, com objetivo de avaliar o efeito do programa de preparação pré-operatória, para as crianças submetidas à cirurgia eletiva, identificou que o grupo experimental apresentou ansiedade-estado em níveis mais baixos do que o grupo controle, de forma significativa, no momento antes da cirurgia. Segundo as autoras, explicar e demonstrar os procedimentos antes da cirurgia por meio do brinquedo terapêutico, além de divertido para a criança, faz com que ela demonstre menos ansiedade em situações estressantes. Outro fator importante destacado no estudo de Sabaq e El-Awady é o fato de que o preparo da criança

promove a redução da ansiedade também das mães, que por sua vez contribui na redução da ansiedade das crianças.

O que se observa é que os pais estão fragilizados e carentes de acolhimento e informações. Quando o recebem, sentem-se valorizados, o que os auxilia como estratégia de enfrentamento. Para sentirem-se valorizados devem ser acolhidos pela equipe de saúde e serem aceitos de maneira personalizada, com respeito à sua dor, seus problemas e modo de viver (Crepaldi & Varella, 2000).

O movimento do familiar na busca de suporte deve ser acrescido de novas estratégias de enfrentamento proporcionadas por profissionais no ambiente hospitalar. Diante da nova condição, é salutar reconhecer a importância do preparo do familiar acompanhante, tanto em termos de informação sobre aspectos da internação da criança como nos aspectos emocionais. Neste sentido, da mesma forma que estudos demonstram a importância do preparo psicológico da criança como medida de proteção ao seu desenvolvimento, para que os pais possam auxiliá-la neste processo, o preparo deve ser igualmente estendido aos pais (Barros, 2003; Crepaldi & Hackbarth, 2002; Magalhães, Gusmam & Grecca, 2010).

A seguir apresentar-se-á o método, em que estão descritos os procedimentos de coleta e análise de dados, entre outras informações sobre a presente pesquisa.

4. MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois objetiva a busca dos significados, aspirações, crenças e atitudes das pessoas, processos e fenômenos, em um espaço mais profundo das relações (Minayo, Souza, Constantino & Santos, 2010). Na abordagem qualitativa, o pesquisador procura interpretar a realidade humana e social, permitindo a descrição e interpretação da realidade observada por meio da organização de categorias conceituais (Creswell, 2007). Na pesquisa qualitativa não são os critérios numéricos que garantem a representatividade, mas a vinculação dos participantes com o fenômeno a ser investigado (Deslandes, 1998). Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), nos estudos qualitativos o conjunto de participantes atende pelo critério daqueles que tem um discurso sobre o tema.

Caracterizou-se como pesquisa do tipo exploratória, que, de acordo com Gil (2008), objetiva proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, permitindo o aprofundamento de conceitos preliminares ainda não contemplados de maneira satisfatória. A pesquisa exploratória proporciona maior conhecimento sobre o assunto a ser investigado, facilitando a formulação de hipóteses e um novo enfoque sobre um assunto. Também será descritiva, uma vez que buscou “a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis” (Gil, 2008, p.44). Pesquisas descritivas buscam explicar, classificar e interpretar fenômenos com base em suas características, natureza ou relação com outros fenômenos (Cervo, Bervian, & Silva, 2007).

4.2 PARTICIPANTES

Participaram do estudo 12 profissionais da equipe de saúde que atuam na Unidade de Queimados (UQ), responsáveis pelo tratamento de crianças com queimaduras (Tabela 1).

A escolha dos participantes caracterizou-se por conveniência, que consiste em um grupo de participantes disponíveis no momento da pesquisa. Este critério possibilita a captação de ideias gerais e aspectos

críticos, bem como a aplicação de pré-testes e pós-testes, além de questionários e outras formas de inquéritos em um mesmo grupo (Ghiglione & Matalon, 1993; Gil, 2008).

Como critérios de inclusão dos profissionais da área da saúde da Unidade de Queimados foram considerados os profissionais das especialidades enfermagem, fisioterapia, psicologia e medicina, com mais de seis meses de atuação, e que aceitassem participar da entrevista.

Tabela 1
Caracterização dos entrevistados

Profissional	Escolaridade	Cargo ou função	Tempo de serviço na UQ
P.1	Ensino Médio	Técnico de Enfermagem	1 ano, 7 meses
P.2	Superior Incompleto	Técnico de Enfermagem	4 anos
P.3	Superior Completo	Enfermeira Chefe	7 meses
P.4	Ensino Médio	Técnico de Enfermagem	2 anos
P.5	Ensino Médio	Técnico de Enfermagem	1 ano, 2 meses
P.6	Ensino Médio	Técnico de Enfermagem	17 anos
P.7	Mestrado	Enfermeira Chefe	15 anos
P.8	Superior Completo	Técnico de Enfermagem	1 ano, 5 meses
P.9	Ensino Médio	Técnico de Enfermagem	21 anos
P.10	Superior Completo	Psicólogo	3 anos
P.11	Superior Completo	Médica	6 meses
P.12	Ensino Médio	Técnico de Enfermagem	12 anos

Pode-se observar que dos 12 entrevistados, um possui mestrado, quatro, superior completo, um, superior incompleto e seis, ensino médio. A média de tempo de serviço na unidade na UQ é de

aproximadamente seis anos, sendo que quatro profissionais atuam na UQ por um período superior a 10 anos: 12, 15, 17 e 21 anos de atuação.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital infantil, de médio porte, situado na região Sul do Brasil, sendo referência para as patologias de média e alta complexidade, atendendo crianças e adolescentes. Está dividido nas seguintes unidades de internação: Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Ortopedia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal. Essas unidades são especializadas em: Cardiologia, Cirurgia (Pediátrica Geral, Bucomaxilofacial, Cardiovascular, Neurocirurgia, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia), Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Neonatologia, Neurologia, Queimadura, Pediatria Geral, Pneumologia, Psiquiatria e Terapia Intensiva, entre outras.

Atualmente, conta com 135 leitos ativos e 838 funcionários. Em 2013 foi responsável por quase três mil internações, mais de duas mil cirurgias, quase 30 mil atendimentos de emergência e 40 mil consultas ambulatoriais.

Esta pesquisa teve como foco a Unidade de Queimados – UQ. Sua área física é dividida em: uma sala de fisioterapia, uma enfermaria que comporta 04 leitos, 02 quartos com um leito cada, um quarto para criança que necessita de cuidados mais intensivos, um posto de enfermagem, uma copa, dois banheiros – um para os acompanhantes e outro para os funcionários, um depósito e uma sala com armários para os funcionários e acompanhantes. Todos os quartos possuem banheiro para uso exclusivo da criança, televisor, cama, cadeira para acompanhante e bidê. O ambiente é climatizado e decorado com temáticas infantis.

A criança e sua família chegam à unidade encaminhadas por profissionais do setor de emergência externa do hospital, acompanhadas de um funcionário. Neste momento, a família é recebida pela equipe de enfermagem e encaminhada ao quarto. É solicitado ao familiar acompanhante um breve relato sobre o acidente que resultou na queimadura. Em seguida, o familiar recebe algumas orientações quanto às normas, rotinas da unidade e quanto aos procedimentos realizados no

tratamento da queimadura. A criança, por sua vez, se não foi medicada para dor na emergência, recebe a medicação e espera-se aproximadamente uma hora para dar início à balneoterapia e à realização dos curativos. Logo após, o acompanhante é encaminhado ao serviço social para receber os vales de alimentação e outras orientações. Os cuidados com a criança são realizados conforme a gravidade da situação. Usualmente a criança e a família, nas primeiras 48 horas, ficam sozinhas no quarto. Após este período, passam a dividir o quarto com outras crianças e famílias.

A equipe que atende às crianças e suas famílias é composta por dois médicos, três residentes de medicina, um enfermeiro, quatro técnicos e cinco auxiliares de enfermagem, um assistente social, duas pedagogas, um psicólogo, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e estudantes de nutrição, enfermagem, medicina e fisioterapia. De todos estes profissionais, somente os da enfermagem são exclusivos da Unidade e permanecem em tempo integral prestando cuidado às crianças e suas famílias.

A partir da Portaria nº 303 do Ministério da Saúde, de 10 de agosto de 2001, a referida UQ foi cadastrada como Centro de Referência de Queimados para o Estado. Este fato atesta que a unidade dispõe de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento de crianças com queimaduras.

4.3.1 Procedimentos realizados pela equipe de saúde

O tratamento da criança com queimadura envolve diferentes procedimentos. De acordo com os relatos dos profissionais, os procedimentos realizados pela equipe de saúde objetivam o resultado final de cura da lesão com a menor seqüela possível. Cada um dos procedimentos tem um objetivo específico que, somados, convergirão na recuperação da criança. O procedimento de maior duração é o de balneoterapia. Esse procedimento poderá contar com a participação do familiar acompanhante e destina-se à remoção de impurezas e tecido morto. É realizado em uma banheira especial e por meio de um leve jato de água a uma temperatura de aproximadamente 36 graus, direcionada à área atingida; são realizados movimentos suaves com uma esponja delicada, limpando e removendo as impurezas existentes.

Outro procedimento são as punções venosas, realizadas somente pela equipe de saúde, objetivando a aplicação de medicamentos. Em certas situações são realizadas diretamente sobre a área atingida, exigindo do profissional habilidade para encontrar veias que não foram destruídas pela queimadura. Em certos casos são necessárias até quatro tentativas para encontrar a veia saudável capaz de receber e conduzir o medicamento para o organismo.

A aplicação de curativos também compõe a gama de procedimentos realizados pela equipe. São curativos especiais, que incorporam a prata na sua constituição, substância essa que promove maior rapidez no processo de cicatrização. Esses curativos ficam sobre a ferida por dias ou até semanas e necessitam cuidados especiais na sua manutenção. A equipe de saúde conta com os familiares acompanhantes e crianças para não contaminá-los com alimento ou para não removê-los inadvertidamente.

A fisioterapia constitui outro procedimento realizado durante o tratamento e também no pós-alta. Objetiva a eliminação ou redução da retração cicatricial muscular nos casos em que musculaturas e nervos são atingidos pela queimadura. É realizada por um fisioterapeuta no próprio quarto do paciente e no pós-alta por um profissional contratado pela família.

A alimentação adequada durante o tratamento contribui no processo de recuperação pelo processo de ingestão de nutrientes voltados a acelerar o processo de cicatrização. Por essa razão, a nutrição faz parte dos procedimentos realizados pela equipe, sendo elaborado por um nutricionista.

No pós-alta, outros procedimentos poderão ser necessários para continuidade do tratamento. Procedimentos esses voltados aos cuidados da área atingida, tais como a não exposição solar e cautela para evitar poeira ou outras sujeiras. O uso da malha compressiva configura um dos principais procedimentos. A malha compressiva, por ser uma malha com propriedades elásticas, exerce pressão leve e constante sobre a área atingida, além de protegê-la. Essa ação física sobre o local resulta em proteção e redução do processo de queleide.

4.4 COLETA DOS DADOS – INSTRUMENTO

Para a consecução da pesquisa, foi utilizado como instrumento para coleta dos dados a entrevista semiestruturada.

4.4.1 Entrevista semiestruturada

Sendo uma das bases metodológicas da pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada constitui-se de questões abertas que servem como um guia para a entrevista, sustentadas em hipóteses relacionadas ao tema de pesquisa. O uso da técnica de entrevista semiestruturada possibilita o livre discurso sobre o assunto sugerido, partindo-se do pressuposto que o entrevistado possua conhecimento sobre a temática em questão. (Flick, 2004).

Nesta pesquisa, a entrevista semiestruturada foi utilizada junto aos profissionais da saúde da Unidade de Queimados, com objetivo de coletar informações referentes ao tratamento da queimadura (Apêndice A).

4.5 COLETA DOS DADOS – PROCEDIMENTOS

O pesquisador contactou o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, do hospital a fim de regulamentar a pesquisa na instituição, que oficializou seu livre acesso para realização da coleta dos dados por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSC. Após aprovação em ambos os comitês, o pesquisador iniciou o estudo na Unidade de Queimados – UQ do hospital. Os participantes foram esclarecidos da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

4.5.1 Entrevista semiestruturada com Profissionais da UQ

Os profissionais foram convidados a participar da entrevista, de forma individual, após assinatura do TCLE, no momento em que melhor lhe conviesse. O roteiro de entrevista foi elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa e seu conteúdo versou sobre os tipos de

queimaduras, gravidade, tempo de recuperação, cuidados necessários na recuperação e procedimentos invasivos realizados pela equipe médica. Também tratou de aspectos psicológicos que envolvem a família e a criança, e da importância do apoio familiar junto à criança queimada. A entrevista semiestruturada foi gravada em áudio e posteriormente transcrita.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Análise do conteúdo verbal da entrevista semiestruturada

Para melhor organização, integração e análise dos dados foi utilizado o software Atlas/ti – aplicativo de informática concebido para análise qualitativa de dados provenientes de textos, imagens ou registro sonoro. O software possibilita análise e manejo dos dados qualitativos por meio de organização, reagrupamento, interpretação e gestão, suscitando ao pesquisador a visualização e integração de todos os dados, apresentando detalhes, teias e insights de forma intuitiva e objetiva. Não se limita a automação do processo, mas apoiar e facilitar a interpretação humana (Murray & Muhr, 2000).

Os dados provenientes da entrevista semiestruturada foram analisados conforme técnicas de análise de conteúdo categorial temático de Bardin¹. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas sistemáticas e objetivas de descrição do conteúdo e análise das comunicações. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos: 1. A pré-análise, que consiste em operacionalizar e sistematizar as ideias num contato inicial com o material, onde uma das etapas é a leitura flutuante, deixando-se invadir pelas impressões; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (Bardin, 2011).

¹ Embora esta obra da autora não indique o uso de softwares para análise de dados, pois o seu trabalho data da década de 80, o uso do software Atlas/ti, derivado da Grounded Theory, mostrou-se muito útil para análise de dados realizada nesta pesquisa.

4.6.2 Elaboração da cartilha informativa

Nesta pesquisa foram definidas propostas para elaboração de três cartilhas informativas voltadas ao preparo psicológico de acompanhantes de crianças com queimaduras, construídas durante a pesquisa (Apêndice D)².

As cartilhas informativas foram desenvolvidas com base nos resultados obtidos por meio da entrevista e da assessoria da equipe de saúde e o seu conteúdo versou sobre os aspectos fisiológicos, especificamente quanto aos tipos de queimaduras e sua gravidade, tempo e cuidados necessários para a recuperação da criança, além de conter informações sobre os procedimentos realizados pela equipe médica e de enfermagem. As cartilhas abordam também aspectos psicológicos que envolvem a família e a criança, como medo, ansiedade, culpa, e sobre a importância do apoio familiar junto à criança queimada. Por fim, apresentou estratégias de enfrentamento do acompanhante para lidar com a situação.

As cartilhas foram elaboradas com base em informações fornecidas pela equipe de saúde e no modelo da cartilha destinada a fornecer informações para pais e crianças que vivem e convivem com HIV/Aids desenvolvida no Hospital Infantil Joana de Gusmão (Farias & Gonçalves, 2012). As três cartilhas serão construídas por um profissional da área do design, orientado para a tarefa de elaboração.

4.6.3 Procedimentos Éticos

Esta pesquisa atendeu às normas da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cujos princípios éticos relacionam-se à

² Neste apêndice serão apresentados os conteúdos das três cartilhas informativas. Estes conteúdos passarão por uma avaliação semântica de dois juízes *experts* em Psicologia Pediátrica e pela equipe de saúde da unidade pesquisada. A versão definitiva das cartilhas será apresentada posteriormente na página do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade – LABSFAC/UFSC: www.labsfac.ufsc.br.

proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes. Em resumo, destacam-se:

- a) A garantia da confidencialidade dos dados e privacidade, proteção da imagem e a não utilização das informações possíveis de identificação;
- b) A participação em caráter de voluntariado;
- c) Anuência de participação na pesquisa por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, com detalhes sobre a natureza da pesquisa, objetivos, métodos e benefícios previstos, bem como pormenores sobre os aspectos éticos;
- d) Disponibilidade de suporte emocional *in loco* junto à família para os casos que se fizerem necessário ou encaminhamento a serviço especializado; e
- e) Divulgação dos resultados aos familiares e à instituição participante.

Também atendeu o Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia de 08/2005. De acordo com o artigo 16 do referido código, destaca-se:

- a) Atenção aos riscos envolvidos na pesquisa quanto aos procedimentos e divulgação dos resultados, com objetivo de proteger pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas;
- b) Garantia do anonimato e participação voluntária das pessoas envolvidas e das organizações.

O projeto foi encaminhado primeiramente ao Comitê de Ética do Hospital Infantil, que aprovou sob o registro 019/2014. Em seguida, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, que também emitiu parecer favorável sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 37156014.9.0000.0114.

5. RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

Com base na análise do conteúdo que emergiu das entrevistas, foram elaboradas cinco categorias, na perspectiva da equipe de saúde. Cada categoria foi definida de acordo com o agrupamento dos elementos temáticos oriundos da entrevista.

As categorias foram subdivididas em 13 subcategorias, totalizando 53 elementos temáticos diferentes, conforme tabela 2:

Tabela 2
Sistema de categorias

Categorias	Subcategorias	Elementos temáticos
1. Comunicação no contexto hospitalar	1.1 Comunicação equipe-criança	1.1.1 Conversando
		1.1.2 Com ajuda dos pais
		1.1.3 Brincando
		1.1.4 Com empatia
		1.1.5 Com carinho
		1.1.6 Distraindo
		1.1.7 Pelo vínculo
	1.2 Comunicação equipe-acompanhante	1.2.1 Em conversas diárias
		1.2.2 Com empatia
		1.2.3 Com educação
		1.2.4 Evitando atritos
		1.2.5 No momento oportuno
	1.3 Facilitadores da comunicação	1.3.1 Participação - interesse do familiar
1.3.2 Forma de se expressar		
1.3.3 Material informativo		
1.3.4 Repasse gradativo		
1.4 Dificultadores da comunicação	1.4.1 Dificuldade de compreensão: uso de drogas e grau de instrução	
	1.4.2 Sentimento de culpa	
	1.4.3 Uso de termos técnicos	

(continua)

Tabela 2
Sistema de categorias (continuação)

Categorias	Subcategorias	Elementos temáticos
2. A circulação das Informações	2.1 Informações desejadas pelo acompanhante durante o tratamento	2.1.1 Tempo de internação
		2.1.2 Conhecimento sobre procedimentos
		2.1.3 Sequelas/cicatriz
		2.1.4 Cuidados pós-tratamento
	2.2 Informações transmitidas pela equipe durante o tratamento	2.2.1 Sobre procedimentos rotinas e regras da Unidade de Queimados
		2.2.2 Sobre as sequelas
		2.2.3 Sobre alimentação
		2.2.4 Higiene pessoal do acompanhante
		2.2.5 Cicatrização
		2.2.6 Reações do organismo
	2.3 Informações transmitidas pela equipe após o tratamento	2.3.1 Cuidado com a pele
		2.3.2 Continuidade ambulatorial do tratamento
2.3.3 Uso da malha compressiva		
2.3.4 Importância da fisioterapia		
2.3.5 Sobre alimentação saudável		
3. Interação profissionais – família e criança	3.1 Interação equipe-família	3.1.1 Minimizando o confronto
		3.1.2 Empatia com foco no vínculo
	3.2 Interação equipe-criança	3.2.1 Com amor, carinho, empatia e doação
		3.2.2 Brincando

(continua)

Tabela 2
Sistema de categorias (continuação)

4. Condição emocional do acompanhante	4.1 Sentimentos do acompanhante	4.1.1	Medos: de cirurgias, das sequelas e da morte
		4.1.2	Ansiedade, estresse, desespero e revolta
		4.1.3	Sentimento de culpa
	4.2 Elementos tranquilizadores	4.2.1	Confiança na equipe
		4.2.2	Evolução positiva
4.2.3		Informação	
4.2.4		Serviço de referência	
4.2.5		Atendimento humanizado	
5. Participação do acompanhante no tratamento	5.1 Postura do acompanhante	5.1.1	Cuidados pessoais, descansando e alimentando-se adequadamente
		5.1.2	Envolver-se no tratamento de forma ativa com respeito às regras
		5.1.3	Cuidado contínuo à criança
		5.1.4	Confiar na equipe de saúde
	5.2 Atividades do acompanhante	5.2.2	Alimentar criança com base na prescrição da nutrição
		5.2.3	Cuidados com os curativos
		5.2.4	Participar do processo da balneoterapia

As tabelas a seguir, de 03 a 07, apresentam as cinco categorias, suas respectivas subcategorias e elementos temáticos. Cada categoria será apresentada em um quadro em separado, seguido da descrição, para facilitar a compreensão dos dados.

5.1.1 Categoria 1 – Comunicação no contexto hospitalar

A categoria denominada **Comunicação no contexto hospitalar** (Tabela 3) aborda as estratégias utilizadas pela equipe de saúde na transmissão de informação aos acompanhantes e crianças, além dos elementos que facilitam ou dificultam o processo comunicacional. Nesta categoria foram delimitadas quatro subcategorias: comunicação equipe-

criança, comunicação equipe-acompanhante, facilitadores da comunicação e dificultadores da comunicação.

Tabela 3

Categoria “Comunicação no contexto hospitalar”, suas subcategorias e elementos de análise.

Categoria	Subcategoria	Elementos temáticos
1. Comunicação no contexto hospitalar	1.1 Comunicação equipe-criança	1.1.1 Conversando
		1.1.2 Com ajuda dos pais
		1.1.3 Brincando
		1.1.4 Com empatia
		1.1.5 Com carinho
		1.1.6 Distraindo
		1.1.7 Pelo vínculo
	1.2 Comunicação equipe-acompanhante	1.2.1 Em conversas diárias
		1.2.2 Com empatia
		1.2.3 Com educação
		1.2.4 Evitando atritos
		1.2.5 No momento oportuno
	1.3 Facilitadores da comunicação	1.3.1 Participação - interesse do familiar
		1.3.2 Forma de se expressar
		1.3.3 Material informativo
		1.3.4 Repasse gradativo
1.4 Dificultadores da comunicação	1.4.1 Dificuldade de compreensão: uso de drogas e grau de instrução	
	1.4.2 Sentimento de culpa	
	1.4.3 Uso de termos técnicos	

A subcategoria **comunicação equipe-criança** apresenta os depoimentos da equipe de saúde quanto às estratégias utilizadas por esses profissionais para transmitir, para a criança, conteúdos importantes acerca do tratamento da queimadura. Os profissionais consideraram que a comunicação deve ser realizada **conversando e brincando** durante a realização dos procedimentos. Também apontaram a importância da **distração**, que proporciona à criança mudança do foco da situação estressante. Para transmissão das informações, apontam os

acompanhantes como intermediários e facilitadores desse processo. Destacaram que deve ser realizada com **carinho** e **empatia** em **conversas na rotina do dia-a-dia**, como se pode observar nos relatos à seguir:

Eu procuro explicar para a criança tudo o que eu vou fazer, independente de ela entender ou não. Porque alguma coisa ela absorve, por mínimo que seja. Então, se eu vou dar banho, eu falo: a tia vai dar um banhinho, vai trocar o paninho e colocar um limpo (curativo), vai coçar o dodói, mas vamos lavar para não pegar bichinho. Então tem como tu explicar para uma criança, o que tu vai fazer. Uma criança de 3 anos, ela já entende o que é bichinho. Não entende que é uma bactéria, uma infecção, mas ela sabe o que é um bichinho (...). Eu acho que o diálogo, a conversa, é muito importante com a criança, independente da idade (E2).³

(...) Tem levar em conta a idade. Se a criança é pequena, como essa agora que está aqui de sete meses de idade, não tem muito o que fazer. Tem que brincar e contar com a ajuda dos pais. A criança só chora, é difícil. Mas os maiores, eu faço eles participarem do tratamento. Eu vou explicando para eles o que está acontecendo, porque daquele banho, da importância para evitar a infecção. Peço colaboração também para ser higiênico e não mexer no curativo. Explico que é um tratamento que requer cuidado de todos e para não fazer nada sem autorização da equipe. Então eu vou conversando com o paciente durante os procedimentos (E7).

Com base nos relatos acima, deve-se explicar para a criança as ações do profissional, não subestimando sua capacidade de compreensão. Utilizando linguagem simples e acessível, é possível

³ Os entrevistados serão designados pela letra “E” seguida do número do participante.

transmitir informação acerca do tratamento. Na percepção dos profissionais, em conversas diárias e por intermédio da brincadeira, pode-se transmitir as informações para a criança de forma gradual, sem causar impacto. Além do repasse de conhecimento, as conversas e brincadeiras objetivam a distração, com vistas a desviar o foco da situação, geralmente estressante. Os entrevistados relataram que, para crianças menores de três anos, a comunicação é limitada ao sorriso, brincadeira e delicadeza no manuseio da área afetada, além do auxílio dos familiares. Já para as crianças em idade escolar, acima dos 3 anos, os profissionais explicam os procedimentos, contando com o auxílio da criança no processo de tratamento, com atenção à higiene e cuidados com a integridade dos curativos. A empatia constitui elemento chave no processo de comunicação. Os profissionais E4, E6, E8 e E9 consideraram que colocar-se no lugar do outro, ou seja, colocar-se no lugar de uma criança que chora, não apenas pelo fato de ser criança, mas por ser uma criança com setenta por cento do corpo queimado, por exemplo, o choro deve ser compreendido, pois é a sua forma de comunicação.

Uma vez que a criança está sofrendo, independentemente de sua idade, durante o tratamento, o familiar exerce o papel de intermediário no processo de comunicação, conforme consideraram E5, E6, E7, E11 e E12. A comunicação não segue um padrão previamente estabelecido e dependerá da gravidade da queimadura, do interesse do familiar e do grau de abertura e compreensão da família.

A subcategoria **comunicação equipe-acompanhante** apresenta os relatos da equipe de saúde quanto às estratégias utilizadas por esses profissionais para transmitir, para o acompanhante da criança hospitalizada, conteúdos importantes acerca do tratamento da queimadura, além de orientá-los quanto à importância do seu papel ativo junto à criança. Nos depoimentos, a equipe de saúde considerou a necessidade de estar atenta ao expor informações, para que seja realizado com **educação e empatia**, colocando-se no lugar do outro, com vistas a **evitar atritos**. Consideraram que se deve aguardar o **momento oportuno** para a transmissão de informações, em **conversas diárias** que devem acontecer de forma paciente e gradual, na medida em que os procedimentos são realizados, conforme os relatos a seguir:

(...) tem que respeitar o momento da família. A gente conversa muito, claro, quando o familiar dá abertura para isso. Conversando no dia a dia, com paciência e de forma gradual, a gente vai explicando os procedimentos, as rotinas, e por aí vai (E9).

(...) Então eu vou conversar numa boa: olha pais ou mãe, hoje é meu dia, eu estou aqui para cuidar do seu filho e o que você precisar, vem falar comigo primeiro e eu me coloco à disposição. Pergunto o nome deles e abro um espaço para se familiarizar. E daí flui direitinho (E8).

Os profissionais relataram a importância de aguardar o momento oportuno para transmissão de informação, pois deve-se considerar o momento aversivo que a família está enfrentando, a quantidade e complexidade das informações a serem repassadas, e a capacidade de entendimento por parte do familiar. Os profissionais apontaram que colocar-se à disposição promove a familiarização, facilitando a comunicação.

Outros profissionais destacaram elementos importantes sobre o tema. O profissional E6 apontou que uma das estratégias utilizadas para estabelecimento da comunicação efetiva é deixar o acompanhante desabafar ou mesmo agredi-la, pois “*deixando eles mandarem um pouco na gente, sugando um pouco da gente, evita confusão.*” Segundo esse profissional, alguns familiares acompanhantes são de *difícil relação*, logo, é importante estabelecer estratégias com vistas ao estabelecimento da comunicação. Outro profissional entrevistado destacou sobre a importância da apresentação pessoal e explicação sobre a especialidade que exerce, além de inteirar-se do nome do familiar e da criança, local em que residem e outros detalhes com vistas à *familiarização*. Em seguida, no primeiro contato, explicar sobre as trocas de profissionais por turnos de trabalho, algumas rotinas da unidade, objetivando o *acolhimento da família* (E8).

A subcategoria **facilitadores da comunicação** aborda os elementos que facilitam a transmissão das informações realizadas pela equipe de saúde, para os acompanhantes e crianças, acerca do tratamento da queimadura. Os profissionais consideraram que o **repass**

gradativo das informações é um dos elementos que facilitam a transmissão de conteúdo acerca do tratamento. Que seja feito com respeito ao momento do familiar acompanhante, com vistas à informar o necessário para cada momento específico do tratamento, pois é inócua qualquer tentativa de transmissão de informações em momentos de muito estresse, geralmente presente nos primeiros dias.

Outro elemento facilitador da comunicação, segundo os participantes, seria a **utilização de materiais informativos**, destinados às crianças, com conteúdo sobre os tipos de queimaduras, tratamento, tempo de internação e outras orientações, material esse não disponível na Unidade de Queimados. **A forma de se expressar**, com calma e educação, é um elemento facilitador, uma vez que proporciona um momento de acolhimento e empatia por parte do profissional. Os profissionais consideraram importante a participação, **o interesse do familiar** em inteirar-se do tratamento, postura que caracteriza um elemento facilitador na transmissão de informação, conforme os relatos a seguir:

(...) na medida que a gente vai realizando os procedimentos, facilita quando eles participam porque daí a gente pode explicar o que está fazendo. É muito informação e a gente vai explicando no decorrer do tratamento (...) facilita a comunicação quando eles participam, perguntam, se interessam (E1).

(...) Então, o importante é você conseguir, independente de termos técnicos, de linguagem, é você conseguiu explicar pra aquela família o que está acontecendo com aquela criança. Explicar em relação as feridas, por exemplo, porque aqui tá branco. Saber dizer para eles o que é uma queimadura de terceiro grau, mas para uma pessoa que não tem estudo, dizer terceiro grau não vai entender. Você vai dizer: está assim por que o tecido está todo queimado, vai ter que ser removido. Então a forma de se expressar vai ajudar muito nesse contato. Então eu acredito que não tem muita dificuldade para passar para eles o que está acontecendo. O que existe é a forma correta de falar, para poder facilitar o diálogo com a família (E2).

Conforme os relatos acima, há muito o que ser comunicado e uma vez que o familiar participa da realização dos procedimentos, estabelece-se o momento oportuno para o processo de comunicação, pois aquilo que está sendo comunicado simultaneamente está sendo realizado na prática. A forma de se expressar é fundamental no momento da comunicação, pois possibilita explicar para os familiares a situação em que se encontram.

Outros depoimentos complementam os resultados dessa categoria, como os relatos dos profissionais E2, E4 e E8, que consideraram a necessidade de materiais informativos, a exemplo de banners, gráficos e cartilhas, com destaque aos tipos de queimadura e importância de atitudes saudáveis no pós-tratamento. O material informativo deveria despertar o interesse do familiar acompanhante, e o seu uso ser mediado pelos profissionais, além de ser consultado periodicamente.

Os profissionais destacaram nos seus relatos a importância da forma de se expressar, que deve ser pautada no diálogo, não utilização de termos técnicos, tom de voz amigável e com educação. Há uma distância entre o que se comunica e o compreendido caso o profissional não se coloque no nível cultural e de compreensão do familiar, apontaram em seus relatos E2, E3, E4, E5, E8 e E9.

O interesse do familiar ganha destaque na fala dos participantes, pois os seus questionamentos suscitam informações que poderiam passar despercebidos, uma vez que a comunicação acerca dos procedimentos não segue um padrão sequencial ou de conteúdo. O interesse não deve estar limitado em saber o momento da alta ou sobre questões de rotina, mas interessar-se sobre o tratamento e procedimentos, o que possibilitará participar dos procedimentos e desenvolver o conhecimento necessário acerca da situação da criança, que favoreça sua recuperação. Participar com interesse em instruir-se, em parceria com a equipe de saúde, constitui-se um elemento tranquilizador (E1, E3, E7, E11, E12).

A subcategoria **dificultadores da comunicação** diz respeito aos elementos que interferem na transmissão das informações realizadas pela equipe de saúde, acerca do tratamento da queimadura, para os acompanhantes e crianças. Os entrevistados relataram que o **uso de**

termos técnicos é um dos elementos que dificultam a transmissão de informação. Tal prática, aliada ao elemento **sentimento de culpa**, dificulta ainda mais a comunicação sobre aspectos concernentes ao tratamento. Os profissionais relataram que a **dificuldade de compreensão**, fruto do baixo nível de escolaridade e, em alguns casos, ao uso de drogas, constitui outro elemento dificultador, segundo o relato a seguir:

Tem que avaliar o nível de entendimento de cada uma para ver como a gente vai abordar. Tem famílias que não têm um entendimento muito bom, ou estão revoltadas (...). E a escolaridade atrapalha muito. Eles têm dificuldade de entender o tratamento quando o nível de escolaridade é baixo (E7).

(...) nem todos entendem o que a gente explica. A gente fala, mas eles não estão muito ligados. Por exemplo, tem uma mãe ali que é viciada em cocaína, e já até viciou o filho de dois anos que quer mamar o tempo todo. Também está viciado. E daí para uma mãe dessas, não adianta muito a gente explicar as coisas. Ela é drogada, e a gente já mandou ela parar de amamentar, mas ela amamenta para ele ficar quieto (E4).

Os relatos acima destacam a dificuldade de comunicação sobre o tratamento para familiares acompanhantes, que segundo a equipe não têm grau de escolaridade compatível com o necessário para assimilação das informações. Além do grau de escolaridade, os profissionais entrevistados relataram que alguns familiares acompanhantes são usuários de drogas tais como álcool e cocaína, com consequências sobre as habilidades cognitivas, interferindo na assimilação da informação.

Outros profissionais emitiram sua opinião sobre o tema. Cinco profissionais consideraram que pelo baixo nível de escolaridade ou uso de drogas, informações, tais como a necessidade de manter o mesmo curativo por até cinco dias sem a necessidade de substituí-lo, não são compreendidas ou são mal interpretadas pelo acompanhante, que considera negligência do profissional não trocar o curativo com frequência diária, segundo E2, E4, E5, E9 e E12.

Tal condição é agravada caso sejam utilizados termos técnicos no ato de informar, necessitando, por exemplo, substituir termos como *queimadura de terceiro grau* por *a pele está profundamente queimada*. Os profissionais entrevistados destacaram a importância da utilização de termos acessíveis à compreensão do familiar acompanhante. Termos técnicos deverão ser utilizados somente junto aos familiares que demonstrem capacidade de compreensão e desejo de informação mais técnica (E2, E4).

Os profissionais relataram, ainda, que o sentimento de culpa interfere negativamente na assimilação do que é comunicado, pois o acompanhante apresenta-se inacessível à escuta. Em contrapartida, quando a comunicação é assimilada, o sentimento de culpa é intensificado pela crença de que a criança irá sentir mais dor, principalmente no procedimento de balneoterapia, dificultando a recepção da informação pela não aceitação do tratamento a ser realizado (E5, E10, E12).

5.1.2 Categoria 2 – A circulação das Informações

A categoria denominada **A circulação das Informações** (Tabela 4) aborda os esclarecimentos emitidos pela equipe de saúde, relacionados ao tratamento da queimadura da criança, aos acompanhantes. Nesta categoria foram delimitadas três subcategorias: informações desejadas pelo acompanhante durante o tratamento, informações transmitidas pela equipe durante o tratamento e informações transmitidas pela equipe pós-tratamento.

Tabela 4
 Categoria “A circulação das Informações”, suas subcategorias e elementos de análise

Categoria	Subcategoria	Elementos temáticos
2. A circulação das Informações	2.1 Informações desejadas pelo acompanhante durante o tratamento	2.1.1 Tempo de interação
		2.1.2 Conhecimento sobre procedimentos
		2.1.3 Sequelas/cicatriz
		2.1.4 Cuidados pós-tratamento
	2.2 Informações transmitidas pela equipe durante o tratamento	2.2.1 Sobre procedimentos, rotinas e regras da Unidade de Queimados
		2.2.2 Sobre as sequelas
		2.2.3 Sobre alimentação
		2.2.4 Higiene pessoal do acompanhante
		2.2.5 Cicatrização
		2.2.6 Reações do organismo
	2.3 Informações transmitidas pela equipe após o tratamento	2.3.1 Cuidado com a pele
		2.3.2 Continuidade ambulatorial do tratamento
		2.3.3 Uso da malha compressiva
2.3.4 Importância da fisioterapia		
2.3.5 Sobre alimentação saudável		

A subcategoria **informações desejadas pelo acompanhante durante o tratamento** apresenta os depoimentos dos profissionais sobre as indagações realizadas pelos acompanhantes acerca do tratamento e condição da criança. Os profissionais relataram que o **conhecimento sobre os procedimentos** realizados para o tratamento da queimadura, seus objetivos e eficácia são temáticas comumente requisitadas pelos acompanhantes. A possibilidade de **sequelas**, como cicatrizes ou retraimento cicatricial, é outra questão formulada pelos acompanhantes,

inquirindo sobre informações que os auxiliem nos **cuidados pós-tratamento**, após evolução positiva do mesmo, na iminência da alta hospitalar. Os profissionais destacaram em seus relatos que a informação mais desejada é o **tempo necessário para o tratamento e consequente tempo de internação**, uma vez que o acidente interfere na rotina familiar, conforme relatos a seguir:

(...) se demora muito para curar esse tipo de lesão. Elas perguntam: pela tua experiência, isso demora muito? Elas querem saber quanto tempo elas vão ficar ali, se vão ficar uma semana, duas, três, quatro (...) Mas elas têm essa necessidade, de quanto tempo, porque elas querem se programar, tem outros filhos, têm família também (E3).

Quando vão embora (perguntam). Porque geralmente é um acidente né, uma coisa inesperada, eles têm toda uma vida lá fora, tem trabalho, tem filho, tem filho pequeno em casa e não têm com quem deixar, além da preocupação com a criança. Geralmente muda toda a rotina da pessoa e de certa forma, é aceitável que eles queiram saber quando vão embora (E2).

Com base nos relatos acima, o anseio de informar-se sobre o tempo de internação está relacionado à necessidade de adaptações na rotina familiar. Diferentemente de muitas doenças, o acidente por queimadura é inesperado, impossibilitando programação prévia sobre os cuidados com outros filhos, responsabilidades profissionais, entre outras rotinas. Uma vez informados sobre o tempo de internação, inicia-se a curiosidade sobre os procedimentos para o tratamento da queimadura.

Acrescentando aos depoimentos mencionados acima, os profissionais entrevistados E2, E4 e E12 informaram que muitos familiares acompanhantes desejam conhecer o procedimento de balneoterapia com intuito de acompanhar e cuidar da criança. Há familiares que, além de acompanhar, após orientação de um dos profissionais, auxiliam no processo de profilaxia, tocando e lavando a área queimada.

Os curativos também despertaram curiosidade, principalmente pelo fato de que o curativo aplicado sobre a área queimada permaneceria

por vários dias sem que fosse substituído. Pelo fato dos quartos serem coletivos, buscavam informação com outros familiares sobre os tipos de curativos, pois percebem que em outra criança o curativo poderá ser diferente do curativo aplicado sobre a queimadura do seu filho (E1, E2, E6). Paralelamente ao interesse pelos procedimentos de balneoterapia e aplicação de curativos, os familiares acompanhantes demonstram preocupação com as sequelas. Desejam informações sobre a aparência da cicatriz, sobre o grau da queimadura, possíveis comprometimentos além do aspecto físico (E1, E2, E3, E4, E7, E9, E10, E12).

À medida que o tratamento entra na fase final, alguns acompanhantes buscam informações sobre as ações necessárias no pós-tratamento, tais como a necessidade ou não de pomadas, possibilidade de exposição solar e possíveis formas de proteção. Relataram os profissionais que esse interesse por parte dos acompanhantes deveria ocorrer com maior frequência na unidade (E4, E6, E7).

A subcategoria **informações transmitidas pela equipe durante o tratamento** relaciona-se às temáticas abordadas pelos profissionais junto aos acompanhantes, conforme os procedimentos são realizados. Os profissionais relataram que procuram orientar os acompanhantes sobre a **importância da higiene** do ambiente e também da **higiene pessoal**, pois muitos dispensam atenção somente à criança, negligenciando os cuidados pessoais. Sobre a **alimentação**, os profissionais relataram que orientam os acompanhantes sobre a importância de respeitar a recomendação da nutricionista, e alertam para o risco da ingestão de outros alimentos, a exemplo do chocolate, que pode interferir negativamente no tratamento. Também quanto à alimentação, relataram sobre a necessidade dos acompanhantes alimentarem-se adequadamente, a fim de manter a saúde física, necessária durante a internação.

Outro aspecto abordado pela equipe de saúde junto aos acompanhantes é o tema da queimadura e consequentes **reações do organismo**, sobre o processo de **cicatrização e sequelas**. Uma vez que todo o tratamento poderá durar semanas ou meses, os profissionais relataram que procuram orientar os acompanhantes sobre as **rotinas e regras da unidade**, bem como sobre os **procedimentos** realizados na Unidade de Queimados, principalmente sobre a balneoterapia, conforme relatos a seguir:

A equipe geralmente fornece informações sobre o banho. A gente explica que o banho é tudo. O banho serve para limpar todas as impurezas, as secreções, a pele morta e que vai ajudar a evitar contaminação. E daí o familiar, sabendo para que serve, acaba ajudando. E no dia-a-dia a gente vai falando sobre a rotina, sobre o uso do avental, da touca, de não deixar alimento espalhado (E9).

Aqui dentro, durante o tratamento, ela (a mãe) ter que ser orientada quanto aos cuidados de higiene, como manipular a criança queimada aqui dentro, lavar as mãos, uso de luvas, na verdade, seguir as regras da unidade, que não pode trazer alimento de fora, os horários de visita, algumas medicações que a gente orienta a ficar atenta, cuidados com os curativos para a criança não sujar, cuidados no chão para não deixar a criança descalça, quando deixar o brinquedo cair no chão não ajuntar e colocar na cama sem desinfetar, não deixar fio de celular conectado perto da cama da criança, cuidar da organização do quarto, da higiene pessoal do acompanhante também (E7).

Os relatos acima demonstram que a equipe busca informar aspectos relacionados ao procedimento de balneoterapia com o intuito de orientar o familiar acompanhante e proporcionar que esse auxilie no processo. As rotinas e regras da unidade são temas de destaque uma vez que a higiene pessoal do acompanhante, o uso da paramentação no quarto da criança, a organização do quarto, atenção com os alimentos e o cuidado com a integridade do curativo são procedimentos e condutas básicas que objetivam a não contaminação da ferida.

Outros profissionais destacaram o tema alimentação e contribuíram para os resultados dessa categoria alertando sobre os diferentes aspectos desta questão. Para os profissionais entrevistados E2, E4, E5, E7 e E10, o tema alimentação abrange a alimentação adequada da criança, a necessidade do familiar acompanhante alimentar-se adequadamente e o alimento como agente de contaminação. Para as crianças, o alimento é prescrito por um nutricionista, que poderá diferenciar-se de criança para criança, conforme o tipo de queimadura.

Logo, o alimento é parte integrante do processo de tratamento e não deverá ser acrescido ou substituído por outros alimentos que comumente o familiar dispõe à criança, como doces e chocolates, alertaram os entrevistados. Quanto à alimentação do acompanhante, os profissionais salientaram a importância desses se alimentarem adequadamente, não negligenciando o cuidado pessoal em detrimento aos cuidados à criança. Com base nos relatos, constatou-se que os familiares acompanhantes ficam envolvidos com a situação nova e aversiva, com forte sentimento de culpa pelo acidente e pelo sofrimento da criança e perdem completamente a vontade de se alimentar, com consequências negativas sobre sua condição física, resultando em desmaios e falta de energia para enfrentar a situação. Por fim, em relação ao tema alimentação, os familiares acompanhantes e a criança deverão estar atentos para não contaminar o local da queimadura ao deixar cair inadvertidamente alimentos sobre a ferida, pois poderá resultar em infecção da área queimada.

Quanto às sequelas, todos os entrevistados relataram que essa temática é sempre abordada com o familiar em algum momento durante a internação, pois configura um dos temas de maior impacto na recuperação da criança. O comprometimento e retração muscular, a limitação funcional, o possível comprometimento de outro órgão, além da pele, e principalmente a cicatriz são temas abordados. Estes são importantes não somente em função do interesse do acompanhante, mas também pelo fato de que o conhecimento sobre o tipo de sequela contribuirá para a forma de atuação junto à criança, quanto aos cuidados e tratamentos necessários no pós-alta hospitalar, o que relataram os entrevistados de E1 a E12. Além das sequelas físicas, conforme destacou o entrevistado E4, é importante o profissional abordar junto ao acompanhante a possível sequela emocional e a necessidade de acompanhamento psicológico, dentro e fora do hospital.

Informações sobre a queimadura, tipos, abrangência e características devem ser repassadas aos acompanhantes, relataram os entrevistados. Para facilitar o processo, um profissional mencionou que a Unidade de Queimados carece de um material informativo para facilitar a explicação dessa temática (E2).

A subcategoria **informações transmitidas pela equipe após o tratamento** diz respeito às orientações transmitidas pelos profissionais

aos acompanhantes, durante a internação, sobre os cuidados, procedimentos e práticas necessárias no pós-alta hospitalar. Os profissionais relataram que orientam os acompanhantes sobre a importância da **alimentação saudável** para criança, dos benefícios do **uso contínuo da malha compressiva**, e da **importância da fisioterapia** para os casos de comprometimento muscular. Destacaram em seus relatos sobre a orientação enfática que realizam junto aos acompanhantes sobre a importância da **continuidade ambulatorial do tratamento** e dos **cuidados com a pele** evitando exposição solar, uso de cremes hidratantes e proteção contra poeira e batidas, conforme exemplificado no relato a seguir:

Em relação à exposição solar, em relação à alimentação da criança, em relação ao processo de cicatrização, sobre os cuidados com praia, piscina, os cuidados com esportes. Uma queimadura no rosto é importante não pegar sol, passar protetor. Sempre usar boné. A gente já vai falando antes. E principalmente sobre a necessidade de eles continuarem vindo aqui no hospital para o acompanhamento no ambulatório. Em alguns casos, posteriormente, é necessário o uso da malha. Eles não saem daqui com a malha, mas provavelmente vai ser necessário o uso da malha. E daí a gente fala um pouco sobre o que seria o uso da malha. É importante frisar a importância de eles continuarem trazendo a criança aqui no hospital para acompanhamento ambulatorial (E3).

Porque quando a criança ganha alta não quer dizer que ela está curada, não quer dizer que ela está boa. Geralmente o tratamento de queimaduras é um dos mais longos. Depois do câncer é o segundo tratamento mais caro e mais longo. A criança tem que ficar em torno de uns dois anos sem exposição solar. A criança que faz um enxerto, ela usa uma malha compressiva para evitar cicatriz hipertrófica. Então, é muito importante que os pais entendam que aquilo ali é para o bem. Às vezes a criança, o maiorzinho não quer usar porque apertada, porque é feio, porque incomoda, porque coça. Então os pais tem que ser muito trabalhados nesse ponto, nessas questões do cuidado. Também

sobre a hidratação, sobre o cuidado com a pele. Eles têm que estar cientes que não é uma pele comum, não a pele de nascença. É uma pele que precisa de mais atenção (E2).

Os relatos acima evidenciam que os profissionais reforçam junto ao familiar acompanhante a importância do retorno ao ambulatório do hospital para continuidade do tratamento após a alta hospitalar. O tratamento não termina na Unidade de Queimados e requer acompanhamento profissional com certa periodicidade. Reforçam a importância de proteção da pele com cremes, evitando a exposição solar e uso da malha compressiva com intuito de proteger a área afetada para evitar a cicatriz hipertrófica – cicatriz em que a pele fica com aparência saliente e avermelhada.

Os relatos dos profissionais E4, E5 e E10 complementam os resultados dessa categoria ao relatarem que muitos familiares acompanhantes não retornam com a criança ao ambulatório para continuidade do tratamento no pós-alta. Referem que consideram casos de negligência, pois dispunham de totais condições de retorno ao hospital e não o fazem. Entretanto, em muitos casos, por outro lado, trata-se de famílias carentes, residentes em outras cidades e que não dispõem de recursos financeiros para assumir o compromisso. Como resultado, a criança fica sem acompanhamento e os cuidados de proteção são esquecidos. Conforme destacou o entrevistado E10, muitas crianças quando retornam ao ambulatório tardiamente, apresentam uma condição de piora em comparação ao momento da alta, necessitando de diversas correções na área outrora queimada.

5.1.3 Categoria 3 – Interação profissionais – família e criança.

A categoria denominada **interação profissionais – família e criança** aborda as interações entre equipe de saúde, os acompanhantes e as crianças, no cotidiano da Unidade de Queimados, durante o tratamento da queimadura. Embora alguns conteúdos desta categoria se confundam com certos elementos da Categoria 1, que tratou da comunicação no contexto hospitalar, desta feita os temas abordados retratarão as estratégias utilizadas pela equipe para promover os

processos proximais com familiares e crianças, com o intuito de maximizar o acolhimento e tratamento.

Nesta categoria, foram delimitadas duas subcategorias: interação equipe-família e interação equipe-criança, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5

Categoria “Interação profissionais – família e criança”, suas subcategorias e elementos de análise

Categoria	Subcategoria	Elementos temáticos	
3. Interação profissionais – família e criança	3.1 Interação equipe-acompanhante	3.1.1	Minimizando o confronto
		3.1.2	Com foco no vínculo
	3.2 Interação equipe-criança	3.2.1	Com amor, carinho, empatia e doação
		3.2.2	Brincando

A subcategoria **interação equipe-acompanhante** apresenta os depoimentos da equipe de saúde sobre os comportamentos e atitudes necessárias, por parte dos profissionais, para realizar um atendimento humanizado ao acompanhante.

Os profissionais relataram a importância de manter uma postura compreensiva e de cautela, com respeito ao momento em que se encontra a família. Relataram sobre a necessidade do estreitamento dos laços atuando **com foco no vínculo**, a fim de **minimizar o confronto**, como se pode observar nos relatos a seguir:

Eu tenho um vínculo bem bom aqui com os pais. Na verdade, antes de eles me atacarem, porque os pais às vezes agem como se nós fossemos culpadas, está na testa dele, tu és a culpada! Então eu vou conversar numa boa: olha pais ou mãe, hoje é meu dia, eu estou aqui para cuidar do seu filho e o que você precisar, vem falar comigo primeiro e eu me coloco à disposição. Pergunto o nome deles e abro um espaço para se familiarizar. E daí flui direitinho. Mesmo assim eles engrossam em função do procedimento, que às vezes eles se irritam porque tem furar mais de uma vez, ou do curativo (E8).

(...) se a gente se mostra com empatia e procurar compreender a situação daquela mãe, ela baixa a guarda e fica mais parceira da equipe. Então, se a gente buscar conversar com aquela mãe e aos poucos ir explicando o que está sendo feito com o filho, isso vai tranquilizando. E ela ficando mais tranquila, deixa a gente mais tranquilos também para realizar os procedimentos (E3).

Os relatos acima evidenciam que os profissionais da equipe de saúde exercem suas atividades buscando o vínculo junto aos familiares acompanhantes. Estão atentos ao momento em que esses familiares se encontram e compreendem a importância de se colocarem no lugar do acompanhante nos momentos de manifestação de raiva e culpa, com vistas a evitar o confronto.

Igualmente, contribuindo para os resultados dessa categoria, os entrevistados E2, E6 e E9 relataram que o familiar transfere sentimentos de culpa e raiva para o profissional, percebido como “carrasco” em função da possível dor física causada por procedimentos invasivos como a punção venosa e a balneoterapia.

Dois profissionais relataram que, sempre que possível, procuram estudar o perfil da família antes do contato inicial. A escolaridade do acompanhante, a condição socioeconômica e a idade da criança acidentada são alguns dos fatores analisados, pois conhecer previamente alguns aspectos da família facilita a forma de abordagem (E3, E8). Para o entrevistado E8, é importante interagir com o familiar, demonstrando reconhecimento do sofrimento da criança. É importante olhar nos olhos da mãe, conversar e explicar os objetivos dos procedimentos e demonstrar empatia pela dor do filho, atitudes essas que estreitam o vínculo, minimizam o confronto potencial, facilitando a interação. Para o entrevistado E2, o estreitamento dos laços entre familiares acompanhantes e profissionais ocorre após alguns dias de tratamento. Diferentemente do primeiro dia, momento em que o acompanhante se encontra abalado com o acidente da criança, à medida que o tratamento avança e os resultados positivos aparecem, o familiar acompanhante percebe que os procedimentos invasivos são realmente necessários e que

o profissional está exercendo seu papel da melhor forma, de acordo com o necessário.

A subcategoria **Interação equipe-criança** apresenta os depoimentos da equipe de saúde sobre os comportamentos necessários, por parte dos profissionais, à realização de um atendimento humanizado junto à criança hospitalizada. Os profissionais consideraram a **importância da brincadeira** como forma de distração frente à situação aversiva. Apontaram que **o amor, o carinho, a empatia e a doação** são fundamentais no estreitamento dos laços, conforme relatos a seguir:

(...) então ter que doar, e exercitando no dia a dia eu melhorei cada vez mais. Então tem que entender o outro, entender a criança, o familiar, então o contato é com amor. E eu não tenho a menor dificuldade de ser assim, de ter essa empatia (E9).

(...) Teve uma criança aqui recente, um retorno, que queria porque queria me ver porque eu imitava gato, galo (...) essas coisas marcam. Eu gosto bastante, faço com prazer (E5).

(...) Eu costumo dizer que trabalhar com criança é trabalhar com a verdade, porque a criança não tem artimanhas como o adulto. O adulto gosta de ti até um certo momento, até fazer o que ele quer, mas a criança não. Num primeiro momento ela chega com receio, chegam com medo, é uma situação nova por que é estranho, então num primeiro momento elas chegam com medo da situação em si, até causada pela própria dor, e depois elas vão pegando um uma fidelidade com a gente, um carinho e estreita mesmo laço. Eu vejo que a minha relação com quase todas assim é muito boa. Com algumas até é mais difícil acesso, mas geralmente a gente tem um laço afetivo muito bom. A criança, ela é muito íntegra, ou ela gosta de ti ou ela não gosta, mesmo ela sabendo que vai sentir dor, mas ela sabe que aquilo ali que você está fazendo, ainda que esteja doendo, é para o bem dela. A criança não tem aquela malandragem, ela não vai fazer só pra te conquistar. Ela vai fazer quando gosta de ti, se tem algo positivo. Vai depender do teu contato, da tua forma de chegar.

Isso tudo é o próprio funcionário que faz, esse vínculo com a criança. A criança não te conhece, ela não distingue se você é legal ou não, mas a tua abordagem, se você dá atenção, se você se dedica a ela, isso ela percebe (E2).

Os relatos acima demonstram a importância de compreender as características da infância e a situação em que a criança se encontra, realizando a prática profissional com amor e empatia. As brincadeiras possibilitam minimizar o sofrimento da criança pela mudança de foco, da situação estressora, para uma condição mais agradável.

Para o profissional E2, trabalhar com criança é trabalhar com a verdade, pois elas sabem quando o profissional está sendo sincero. Diferentemente do adulto, a criança não tem artimanhas, e mesmo ao chegar na Unidade com muito medo, a criança não se utiliza de estratégias para conquistar o profissional. Competirá ao profissional estabelecer uma relação de empatia e doação de forma sincera, caso contrário, a criança poderá se afastar.

Contribui para os resultados dessa categoria também o relato do profissional E4, que considerou que em certas situações a realização dos procedimentos é estressante, pois a criança chora por dor ou medo. Há situações graves de queimadura que resultam em óbito – nos seus dois anos de trabalho, quatro crianças vieram a falecer. O profissional destacou a necessidade de ser paciente e a importância de ter certa habilidade na mão na hora do banho para reduzir o impacto do tratamento. Ser paciente e gostar de trabalhar com crianças são fatores fundamentais para o estabelecimento da empatia, conclui.

5.1.4 Categoria 4 – Condição emocional do acompanhante

A categoria denominada **condição emocional do acompanhante** refere-se ao estado emocional do acompanhante durante a internação, na ótica da equipe de saúde. Nesta categoria foram delimitadas duas subcategorias: sentimentos dos acompanhantes e elementos tranquilizadores (Tabela 6).

Tabela 6
 Categoria “Condição emocional do acompanhante”, suas subcategorias e elementos de análise

Categoria	Subcategoria	Elementos temáticos
4. Condição emocional do acompanhante	4.1 Sentimentos do acompanhante	4.1.1 Medos: de cirurgias, das sequelas e da morte
		4.1.2 Ansiedade, estresse, desespero e revolta
		4.1.3 Sentimento de culpa
	4.2 Elementos tranquilizadores	4.2.1 Confiança na equipe
		4.2.2 Evolução positiva
		4.2.3 Informação
		4.2.4 Serviço de referência
		4.2.5 Atendimento humanizado

A subcategoria **sentimentos dos acompanhantes** aborda os estados emocionais e sentimentos vivenciados pelo acompanhante durante a internação da criança. Os profissionais consideraram que os **medos das cirurgias e possíveis sequelas** da queimadura, até mesmo com possibilidade de **morte** da criança, desencadeiam **ansiedade, estresse, desespero e revolta**. Diante desse quadro, os profissionais destacaram que os acompanhantes apresentam um forte **sentimento de culpa** pelo acidente que originou a queimadura, conforme observado no relato a seguir:

(...) Quando eles ficam sabendo que vai pra cirurgia, é ruim porque existem muitos medos que a criança vá para centro cirúrgico. As questões de anestesia e do risco (...) a primeira vez que vai entregar o filho, elas voltam chorando. Depois são as sequelas mesmo, se vai ficar cicatriz, se vai ficar mancando, se a cor vai sair, se a pele vai ficar igual, se ficar cicatriz se pode fazer cirurgia plástica (E3).

(...) A culpa assim é uma coisa que sempre acontece. Como não é uma doença, é uma coisa que podia ter sido evitada.

Daí eles se sentem culpadas por ter deixado aquilo ali acontecer (E12).

(...) Tem também aqueles pais que o comportamento deles não condiz com o que eles estão passando. Eles dizem: meu filho está tudo bem, você vai ficar bem! Mas é evidente que eles estão muito nervosos e que não está tudo bem (E3).

Os relatos acima evidenciaram que os familiares acompanhantes apresentam um misto de medo da cirurgia e provável sequela, desespero, revolta e um forte sentimento de culpa.

Além dos depoimentos apresentados acima, outros depoimentos complementam os resultados dessa categoria, como o depoimento do entrevistado E4, que considerou que o medo da cirurgia advém dos riscos que envolvem esse procedimento e das possíveis cicatrizes que ficarão na área doadora (área de onde a pele é retirada em outra região do corpo) e também na área enxertada, cicatrizes essas inevitáveis, apontou o entrevistado E4.

Familiares acompanhantes demonstram um alto nível de estresse e ansiedade nos casos de queimaduras de face de terceiro grau, relatou o entrevistado E5. Os familiares projetam o futuro e avaliam como será o convívio social da criança com as marcas da queimadura. Por consequência, a culpa é o sentimento de maior frequência entre os familiares acompanhantes, consideraram todos os entrevistados. A culpa é evidenciada por considerarem que o acidente poderia ter sido evitado; por ter confiado a criança a outrem que permitiu que o acidente ocorresse; por não dispor de melhores condições de vida e consequente fator de proteção (E1, E2, E10). Simultaneamente à culpa, o sentimento de revolta por ter permitido que o acidente ocorresse é forte entre os familiares, que comumente buscam culpar outro familiar, acusando-o de negligência no cuidado da criança, conforme relataram quatro entrevistados (E2, E4, E6, E7). Para alguns familiares acompanhantes, o nível de estresse, nervosismo e sentimento de culpa é muito grande, necessitando internação no próprio hospital (E5). O profissional entrevistado E3 considerou que há familiares que apresentam comportamentos não condizentes com a situação, interagem com a

criança e passam a ideia de que está tudo bem, quando na verdade não está.

A subcategoria **elementos tranquilizadores** aborda as condições que proporcionam ao acompanhante maior equilíbrio diante da situação estressora em que se encontra junto à criança. Os profissionais relataram que a **evolução positiva da queimadura** proporciona maior tranquilidade ao acompanhante ao perceber o resultado positivo do tratamento. Os profissionais atribuíram ao fato da Unidade de Queimados ser conhecida como um **serviço de referência** na área de queimados, uma maior confiança no acompanhante frente aos procedimentos necessários ao tratamento. Com base nos relatos dos profissionais, o acompanhante sente-se mais seguro quando **confia na equipe**, tranquilizando-se ao ser orientado com **informações** sobre aspectos relacionados à queimadura da criança, durante a realização dos procedimentos. Neste processo, o **atendimento humanizado** configura-se como elemento fundamental, conforme relatos a seguir:

(...) à medida que a gente vai fazendo um banho após o outro e a lesão vai fechando e conforme a gente vai explicando o que está acontecendo, quando a lesão vai reduzindo, e essa redução, essa melhora vai tranquilizando muito. Então, eles acompanharem o banho diário tranquiliza e à medida que a gente vai dando o banho e explicando durante o banho (E1).

(...) Quando elas percebem que a equipe aqui é de primeira e que o tratamento que a criança está recebendo é de primeira também. Dai isso tranquiliza, porque já estão numa fase que sabem que não tem retorno, vai ficar marcas ou alguma outra sequela. Então é só esperar o tratamento do nosso pessoal aqui, é só o que resta (E12).

(...) Tranquiliza a maneira como a equipe trabalha. A equipe tem que estar atenta, e compreender o familiar, entender que ele não queria estar aqui. Então vai tranquilizar se a gente atende de uma forma humanizada (E9).

Os relatos acima demonstraram que a redução do nível de estresse do familiar acompanhante ocorre durante os procedimentos, ao participar do processo de tratamento, tais como a balneoterapia, um dos momentos em que o profissional utiliza para repassar informação, com vistas à prática da humanização do atendimento. Também a evolução positiva do tratamento da queimadura resulta em redução dos níveis de estresse e ansiedade, pois o acompanhante percebe que as técnicas utilizadas são eficazes e são realizadas por profissionais competentes. Por fim, o sentimento de segurança e redução do estresse é intensificado ao descobrirem que o tratamento para queimadura realizado na Unidade de Queimados é referência no Estado de Santa Catarina.

5.1.5 Categoria 5 – Participação do acompanhante no tratamento

A categoria denominada **Participação do acompanhante no tratamento** aborda as possibilidades de atuação do acompanhante junto à criança, durante a internação e realização dos procedimentos. Nesta categoria foram delimitadas duas subcategorias: postura do acompanhante e atividades do acompanhante (Tabela 7).

Tabela 7

Categoria “Participação do acompanhante no tratamento”, suas subcategorias e elementos de análise

Categoria	Subcategoria	Elementos temáticos
5. Participação do acompanhante no tratamento	5.1 Postura do acompanhante	5.1.1 Cuidados pessoais, descansando e alimentando-se adequadamente
		5.1.2 Envolver-se no tratamento de forma ativa, com respeito às regras
		5.1.3 Cuidado contínuo à criança
		5.1.4 Confiar na equipe de saúde
	5.2 Atividades do acompanhante	5.2.1 Alimentar criança com base na prescrição da nutrição
		5.2.2 Cuidados com os curativos
		5.2.3 Participar do processo da balneoterapia

A subcategoria **postura do acompanhante** apresenta os depoimentos da equipe de saúde em relação às responsabilidades do acompanhante junto à criança. Para garantir as melhores condições de suporte à criança, os familiares acompanhantes devem **manter cuidados pessoais, descansando, alimentando-se adequadamente e revezando o acompanhamento com outros familiares**. Os profissionais destacaram que o familiar acompanhante deve **envolver-se no tratamento de forma ativa, com respeito às regras**, dispensando **cuidados contínuos à criança** hospitalizada. Uma vez que os procedimentos são invasivos e por vezes dolorosos, os profissionais relataram sobre a necessidade dos acompanhantes **confiarem na equipe de saúde** a fim de facilitar a realização dos procedimentos sem intimidar o profissional. Os relatos seguem exemplificam essas posturas:

(...) Então facilita se o familiar participa do tratamento, dá afeto, dá conforto para o paciente. Proteger a criança é importante, dar um colinho, isso ajuda o tratamento. Se a criança é protegida pelo familiar, a condição de alta dela é muito melhor do que aquela que não é. Nós somos muitos frágeis, e o amor deve prevalecer acima de tudo. Se o familiar não dá o amor, cria uma certa dificuldade (E9).

(...) Eles deveriam ser mais parceiros. Eles tem que entender que a gente está ali para ajudar. Às vezes a gente é visto como carrasco como eu disse, principalmente no banho, porque parece que a gente quer machucar. Mas a ferida já está ali, já está machucado e a gente tem que descontaminar. Então, eles contribuiriam se manterem mais a calma e colaborar mais com a gente, entender que estamos ali para ajudar (E6).

Com base nos relatos dos profissionais entrevistados, o familiar acompanhante deve exercer uma postura ativa durante o tratamento, acompanhando e confortando durante os procedimentos. Compreender o papel do profissional e procurar manter a calma também são posturas essenciais que facilitam a atuação do profissional.

Outros profissionais, igualmente, deram sua opinião sobre o tema. Para o profissional E11, uma das posturas que o familiar

acompanhante deve praticar é interagir com a criança de forma a desviar o foco da dor e dos procedimentos invasivos, por meio de conversas e brincadeiras. Ou ainda, conforme destacou o profissional E2, estimular a criança à alimentar-se é uma das formas de proteção e suporte. A parceria junto à equipe de saúde é fundamental durante o tratamento. Para o entrevistado E11, é muito importante que o acompanhante não deposite seu sentimento de culpa e ansiedade no profissional, pois a condição menos favorável é a postura de confronto nos momentos de realização de procedimentos delicados. O entrevistado E8, por sua vez, destacou que uma das formas do familiar acompanhante contribuir é *confiar na gente e deixar a gente trabalhar*.

Diante de todo do contexto difícil, os profissionais entrevistados relataram que o familiar acompanhante deve cuidar de si. Para o entrevistado E10, é importante que o familiar tenha uma rede de apoio da qual possa revezar com outros familiares. Na sua percepção, há um desgaste quando um mesmo familiar fica durante muito tempo acompanhando a criança, logo, outro familiar deve estar disponível para acompanhar.

A subcategoria **atividades do acompanhante** aborda as possibilidades de atuação do acompanhante nos procedimentos realizados pela equipe de saúde para tratamento da queimadura. Os profissionais relataram que o acompanhante poderia auxiliar a equipe **alimentando a criança, com base na prescrição da nutricionista**. Poderá também auxiliar no **cuidado com os curativos**, orientando e vigiando a criança para não retirá-lo. Os profissionais destacaram sobre a importância do acompanhante **participar do processo de balneoterapia**, com auxílio no banho e transmissão de segurança à criança em conversas ou pela simples presença, segundo o relato a seguir:

(...) A gente sempre pergunta se querem dar banho. É claro que é um momento difícil, então a gente pergunta se a família tem condição psicológica, se tem condição de acompanhar, e aí tem a permissão de acompanhar. Mas se ele achar que não consegue, a gente não força, a gente faz com que ele não presencie esse momento (E2).

O relato acima evidencia a possibilidade de atuação do familiar acompanhante no procedimento de balneoterapia. O acompanhante é convidado a participar já no primeiro dia de internação, mas sem obrigação de atuação, com respeito à sua condição emocional, conforme destacou o entrevistado. Todos os entrevistados relataram que o familiar acompanhante deve participar do procedimento de balneoterapia. Nos primeiros dias poderá somente acompanhar a ação dos profissionais. À medida que se sente mais seguro, poderá auxiliar na limpeza, mantendo um contato íntimo com a criança. Outras formas de atuação envolvem os cuidados com curativo, orientando a criança a não retirá-lo ou deixar cair alimentos, com o intuito de evitar contaminação, e com a alimentação da criança com base na prescrição da nutrição.

Como se viu neste capítulo, o conjunto das categorias elencadas sobre o processo de internação da criança, bem como a dinâmica que se estabelece entre familiares acompanhantes e equipe de saúde, permitiram delinear como os profissionais da equipe veem a participação dos familiares no cuidado e como se dá a comunicação e interação entre equipe, família e criança. Estes elementos foram imprescindíveis na confecção das cartilhas informativas.

6. DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender como se processam a comunicação e interação entre equipe de saúde, acompanhantes e crianças submetidas a procedimentos invasivos, para o tratamento de queimaduras, com vistas à construção de cartilhas informativas para preparação psicológica dos familiares. Para alcançar esse objetivo geral, buscou-se nos objetivos específicos conhecer a participação das famílias acompanhantes no tratamento da criança e caracterizar a interação e a comunicação entre equipe-família-criança. O estudo utilizou análise qualitativa dos dados que emergiram das entrevistas semiestruturadas com os profissionais da saúde. A discussão dos resultados neste capítulo buscará relacionar os resultados da pesquisa com a literatura especializada. Esta foi elaborada considerando os objetivos específicos que nortearam a pesquisa, além de informações adicionais que se mostraram importantes.

6.1 COMUNICAÇÃO EQUIPE DE SAÚDE-CRIANÇA; EQUIPE DE SAÚDE-ACOMPANHANTE

O processo de transmissão de informação de conteúdos relacionados ao tratamento para a criança, realizado pela equipe de saúde, ocorre em conversas diárias, durante a execução dos procedimentos, e na maioria das vezes por intermédio dos pais. Para os profissionais, os acompanhantes, geralmente a mãe, retransmitem a informação repassada pelo profissional ou favorecem a abertura para atuação direta deste junto à criança.

Outros estudos corroboram o fato de que o familiar acompanhante desempenha um papel de facilitador na recepção da informação. Os pais recebem da equipe de saúde informações sobre os procedimentos a serem realizados com seus filhos, sobre questões relacionadas com o ambiente hospitalar, como a criança poderia sentir-se durante a hospitalização e da importância de sua presença junto ao filho. Os pais, respaldados pelas informações, são os principais responsáveis em repassar e sanar as dúvidas das crianças (Gordon et al., 2010). Um estudo realizado por Crepaldi e Gabarra (2011) com objetivo de descrever a comunicação médico-paciente pediátrico-família na

perspectiva da criança, com 15 crianças de faixa etária entre cinco e 13 anos, internadas em um hospital infantil para tratamento de doença crônica, identificou que a família é fundamental no processo da comunicação, auxiliando a criança a compreender e aderir ao tratamento. As mães foram identificadas como a principal informante sobre a doença e o tratamento. O tipo de comunicação mais frequente no caso de crianças menores, de cinco a seis anos de idade, foi a indireta, ou seja, as crianças acessaram informações sobre sua doença e tratamento por meio de falas entre os adultos ou pela percepção facial desses. Já para as crianças maiores, de sete a 13 anos, a forma de comunicação foi a direta, caracterizada pelo diálogo do adulto (equipe de saúde ou família) com a criança.

Nesta pesquisa contactou-se que o familiar acompanhante, além de retransmitir a informação recebida pela equipe de saúde à criança, desempenha um importante papel de retroalimentar a equipe de saúde sobre a dor sentida e manifestada pela criança. Foi o que demonstrou a pesquisa de Matsuda-Castro e Linhares (2014), sobre as percepções maternas sobre a dor de crianças. Os resultados demonstraram que as mães foram capazes de detectar o nível de dor sentido por seus filhos, uma vez que as crianças podem expressar a dor de muitas maneiras, como o choro, movendo o corpo e com expressões faciais. Todas essas atividades favorecem a identificação de desconforto, manifestações essas passíveis de interpretação pelo cuidador, demonstrando que cuidadores familiares podem agir como bons informantes sobre os níveis de dor experimentados por seus filhos hospitalizados.

A transmissão de informação da equipe de saúde para o acompanhante requer do profissional certa habilidade e equilíbrio emocional, dadas as circunstâncias da internação. No primeiro contato, o familiar está emocionalmente abalado, com forte sentimento de culpa, e comumente age com rispidez junto ao profissional. Diante deste contexto, os profissionais consideraram a importância da educação e empatia para com os acompanhantes, competindo à equipe transmitir informações de forma gradativa em conversas diárias.

Constatou-se que o interesse do familiar em dirimir suas dúvidas durante a realização dos procedimentos é um dos elementos facilitadores da transmissão de informação. A forma de se expressar do profissional também é fundamental nesse processo, que deve evitar o uso de termos

técnicos ou rebuscados. Destacou-se que aguardar o momento oportuno para transmitir informações relativas ao tratamento ou sobre o estado da criança é elemento chave nesse processo. A transmissão de informação em momentos de desequilíbrio emocional do acompanhante é inapropriada e ineficaz. Nos primeiros dias de internação a informação deve limitar-se ao estado físico da criança, e somente com a evolução do tratamento a informação poderá ser mais bem assimilada pelo familiar acompanhante. Consideraram os profissionais que os recursos utilizados atualmente, geralmente as conversas diárias, podem ser facilitados por intermédio da cartilha informativa.

Nieweglowski e Moré (2008), ao estudar a comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica, identificaram que os familiares privilegiam a forma como a informação é passada em detrimento ao seu conteúdo, condição em que a equipe de saúde deve estar atenta à congruência entre o que é dito e o não verbalizado, como gestos, posturas e comportamentos. De acordo com as autoras, o processo de comunicação equipe-família evidencia uma trama comunicacional, influenciada por fatores como estado emocional do familiar, influenciando na absorção das informações repassadas, e dificuldade da equipe médica em abordar os casos graves, restringindo a informação à estabilidade do quadro de saúde.

Em relação aos elementos que dificultam o processo da comunicação, a dificuldade de compreensão do familiar é referida como um elemento que impede a transmissão de informação quanto aos procedimentos para tratamento da queimadura, ou mesmo quanto ao estado da criança e evolução do quadro. Os profissionais consideraram que um dos fatores responsáveis pela dificuldade de compreensão é o uso de drogas, a exemplo do álcool e crack. Mas o principal fator, segundo eles, é o baixo nível de escolaridade ou instrução do familiar acompanhante, geralmente limitado ao ensino fundamental quando não analfabetos.

O estudo realizado por Gold et al. (2013), sobre o conhecimento que as mães apresentavam sobre os motivos de internação do filho recém-nascido, demonstrou que as mães apresentavam pouco conhecimento sobre o porquê da internação, resultante da dificuldade em compreender as informações repassadas pela equipe de saúde.

Na mesma linha, o estudo realizado por Soderback e Christensson (2008), com familiares cuidadores de criança hospitalizada, demonstrou que o baixo nível de educação e condições socioeconômicas desfavoráveis resultaram em dificuldade de compreensão do tratamento e outros aspectos relacionados à internação, resultado este que se coaduna com aqueles desta pesquisa.

No entanto, é importante salientar que atribuir a dificuldade de compreensão dos familiares com base no nível de escolaridade denota a necessidade de se construir estratégias de comunicação, por parte da equipe, que contemplem o que é considerado dificuldade de compreensão. Os diferentes seguimentos socioeconômicos e culturais, aos quais a população atendida pertence, demandam diferentes estratégias de comunicação e a sua respectiva compreensão para que a emissão e recepção de mensagem flua adequadamente.

6.2 INFORMAÇÕES DESEJADAS PELOS ACOMPANHANTES E INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE

As informações desejadas pelos acompanhantes estão relacionadas às possíveis sequelas da queimadura e aos aspectos referentes ao tratamento. De acordo com os entrevistados, os familiares demonstram pouco conhecimento sobre questões inerentes à queimadura e, mesmo ao receberem orientações e detalhes sobre a mesma e os procedimentos, estão mais preocupados com o tempo de internação necessário para o tratamento. Os profissionais relataram que, comumente, o acompanhante reage negativamente ao ser informado que o período de internação poderá ultrapassar semanas ou meses. Tal reação deve-se ao fator interferência na rotina familiar, uma vez que o acidente por queimadura força um dos familiares a se dedicar exclusivamente à criança acidentada, interferindo na sua relação com os demais membros da família.

Sobre a interferência na rotina familiar, decorrente do período de internação da criança e conseqüente necessidade de acompanhamento de um familiar, o estudo realizado por Santos et al. (2013) evidenciou as dificuldades enfrentadas pela família nesse momento, uma vez que a rotina de todos os membros é alterada para atender a nova condição. Com objetivo de investigar os reflexos da hospitalização da criança na

vida do familiar acompanhante, o estudo demonstrou a existência de conflitos e dificuldades nas relações familiares. Ficou evidenciado o desgaste físico e emocional, o cansaço e falta de tempo para o cuidado pessoal, a necessidade de mudança de hábitos diários e desejo de retomar as atividades interrompidas. O resultado geral apontou que a hospitalização interfere na vida de todos os familiares, especialmente as mães, por serem as acompanhantes da criança durante a internação, com consequências nas relações familiares e na saúde física e mental, agravados quando há falta de apoio dos outros membros da família. Assim sendo, é compreensível que as famílias tenham resistência em permanecer no hospital, como se constatou nesta pesquisa, tendo em vista as dificuldades que enfrentam a partir da hospitalização da criança.

Hayakawa et al. (2009), ao entrevistaram pais de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP, com objetivo de compreender as alterações familiares provenientes da internação, constataram que as famílias procuram estabelecer estratégias para manterem-se unidas frente às novas dificuldades. Destacam a importância dos profissionais de saúde estabelecerem meios para melhor conhecer a família, seus comportamentos e sentimentos para promoção de cuidados, não se limitando ao filho doente. Pelo que se constatou, na presente pesquisa, os profissionais embora não tivessem relatado as razões que levam as famílias à insistência com o tempo de permanência, conseguem perceber que têm que ter paciência com os pais.

Durante a internação, compete à equipe de saúde transmitir informações relacionadas ao tratamento e questões referentes à Unidade de Queimados, como regras e recomendações diversas. Os profissionais destacaram a importância de esclarecer o acompanhante no momento em que o procedimento é realizado para reduzir a ansiedade deste, principalmente o procedimento de balneoterapia, que é considerado desagradável e desnecessário para alguns familiares. De acordo com os profissionais, os familiares dispõem de poucas informações sobre a queimadura e tratamento, logo, reforçam a importância do esclarecimento como estratégia de redução da ansiedade.

Em consonância com estes resultados, pode-se citar o estudo de Melo et al. (2010) sobre a importância da informação. O referido estudo, cujo objetivo foi identificar o conhecimento de acompanhantes de crianças hospitalizadas sobre o diagnóstico médico e suas concepções

sobre os possíveis agravantes causadores da hospitalização, demonstrou que a maior parte dos acompanhantes desconhecia o diagnóstico clínico e conjecturaram que a causa do desconhecimento estaria relacionada à qualidade da informação, por vezes deficitária no âmbito hospitalar, o que pode comprometer o processo de humanização na assistência à saúde da criança.

Procedimentos invasivos comumente geram ansiedade nos familiares acompanhantes da criança hospitalizada, como se viu nesta pesquisa. O que confirma este resultado é o estudo de Franck e Spencer (2005), em uma ampla revisão crítica da literatura no período de 1966 a 2004, sobre a importância da informação para os pais quanto à anestesia para cirurgia infantil. Os autores identificaram, nos 11 estudos selecionados, ansiedade nos pais que, por essa razão, desejavam informações detalhadas sobre as especificidades de procedimentos anestésicos e riscos envolvidos.

Quanto às informações repassadas pela equipe no pós-tratamento, os profissionais destacaram, além dos cuidados necessários com a pele, a importância do retorno para continuidade ambulatorial do tratamento no hospital. Dependendo da gravidade da queimadura, em certos casos poderá haver necessidade de novas cirurgias, atividades com fisioterapia para os casos de retração cicatricial e acompanhamento de rotina para avaliar evolução da cicatrização, dentre outras necessidades. De acordo com os profissionais, é comum o familiar interromper ou faltar ao tratamento, por razões como a distância do hospital ou pela pouca importância atribuída ao tratamento no pós-alta hospitalar.

Quanto à não continuidade do tratamento, uma pesquisa com pacientes hipertensos constatou a mesma situação. O estudo foi realizado com 945 pacientes que receberam prescrição de tratamento anti-hipertensivo, da Unidade de Hipertensão Arterial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o objetivo de determinar as características associadas ao abandono do acompanhamento médico no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, e constatou que 533 (56%) abandonaram o acompanhamento. Além dos diversos fatores inerentes à doença que poderiam explicar este fato, acrescentou-se a grande dispersão geográfica dos pacientes atendidos, pois pelo menos 35% residiam em outras cidades, concluíram os autores. Entre outros fatores, identificou-

se um grupo de risco, constituído por pacientes de menor escolaridade (Busnelo et al., 2000).

Os resultados de Busnelo et al. (2000) podem ajudar a compreender o que ocorreu nos resultados desta pesquisa quanto a não continuidade do tratamento no pós-alta. Essa descontinuidade no tratamento suscita questionamentos quanto à Rede de Atenção à Saúde – RAS. A RAS – Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, objetiva promover o cuidado com vistas a consolidar os princípios e diretrizes do SUS pela integração dos serviços em saúde, promovendo uma atenção contínua, integral e humanizada, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (Brasil, 2010b). Nesta pesquisa, com base nos relatos dos entrevistados, não foi constatado junto aos familiares a integralidade dos serviços em saúde. As famílias desistem da continuidade do tratamento no pós-alta por não encontrarem na sua cidade de origem recursos que possibilitem a mesma qualidade dos serviços prestados durante o tratamento no hospital. Pode-se dizer também que, mesmo que os pais não tenham procurado assistência em sua cidade, houve uma falha no sistema, pois o hospital deveria ter feito a contrareferência para a unidade de saúde, para que esta estabelecesse uma “busca ativa” destas famílias na comunidade, com vistas a reenaminhá-las para a atenção terciária para seguimento do ambulatório do hospital.

6.3 INTERAÇÃO EQUIPE DE SAÚDE E FAMÍLIA

A interação entre equipe de saúde e acompanhantes é marcada pelo confronto, principalmente nos primeiros dias de internação. O acompanhante, geralmente um dos pais, encontra-se abalado com a situação do filho queimado, sente-se culpado e exige uma solução rápida para minimizar seu sofrimento. Ao se defrontar com o procedimento de balneoterapia, considera-o agressivo e transfere para o profissional toda sua angústia, responsabilizando-o pela continuidade do sofrimento da criança queimada. No momento das primeiras seções de balneoterapia, relataram os entrevistados ser comum os acompanhantes agirem com agressividade junto à equipe de saúde, uma vez que não participaram da decisão sobre a necessidade do procedimento de balneoterapia.

Nesta pesquisa constatou-se que os familiares acompanhantes encontram-se abalados e vulneráveis e nem sempre estão dispostos à participar do tratamento de forma ativa. Isto é constatado na pesquisa de Côa e Pettengill (2010), que observaram que a vulnerabilidade da família frente à internação de um filho desencadeia sofrimento intenso pela possibilidade de perda definitiva. A autonomia é reduzida, intensificando sentimentos de impotência e insegurança diante da necessidade de tomada de decisão sobre aspectos relacionados à internação da criança. Comumente estabelece-se um estado de submissão junto à equipe de saúde, interferindo na qualidade da comunicação da equipe com a família, além da exclusão dos pais nas discussões sobre o tratamento ou nas tomadas de decisões sobre o plano de cuidados, resultando em situações de confronto.

Nesta pesquisa foi possível constatar que os profissionais da equipe de saúde procuram proporcionar ao familiar acompanhante participação ativa durante a realização dos procedimentos, além de manterem-se constantemente disponíveis ao esclarecimento das dúvidas. Os familiares são convidados a participar do procedimento de balneoterapia, troca e cuidados com os curativos, entre outros. Este resultado difere do estudo de Quirino et al. (2010), sobre as concepções da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atua no cuidado à criança hospitalizada acerca da presença da mãe durante a hospitalização de seu filho. O estudo demonstrou que o atendimento à família no hospital parece ficar no plano da ideiação, ou seja, embora haja uma compreensão ampliada por parte da equipe de saúde sobre a situação do familiar, não há um plano de trabalho que inclua o familiar como sujeito que necessita de cuidado no hospital.

Verificou-se nesta pesquisa que os profissionais da equipe de saúde demonstram compreensão e interesse em ajudar o familiar acompanhante, além de proporcionarem condições para uma participação ativa durante os procedimentos. Como resultado, constatou-se com base nos relatos dos profissionais que o familiar acompanhante desenvolve um sentimento de segurança em relação à equipe de saúde e por consequência nos procedimentos realizados. Este resultado reforça os achados de Silveira e Angelo (2006), os quais afirmam que as famílias sentem-se seguras ou inseguras para assumir riscos de acordo

com o tipo de interação que realizam com a equipe de saúde. A família sente-se segura quando é acolhida pelos profissionais de saúde, quando há uma postura empática, e demonstram compreensão e interesse em ajudar. Em contrapartida, a família sente-se insegura quando o contexto é interpretado como ameaçador ao seu *self*, resultando em sentimento de desamparo. Tal sentimento é fruto da distância ou ausência de comunicação com o profissional de saúde, uma vez que suas expectativas não são atendidas.

Uma vez que o acompanhante encontra-se desestruturado e abalado emocionalmente, o profissional, por força da ocasião, é incumbido de atuar para além dos procedimentos técnicos. Evidenciou-se nesta pesquisa que os profissionais da equipe de saúde, além de atuar com empatia, interesse e atentos à transmissão de informação, buscam desenvolver estratégias para melhor compreender a família, e não estão focados somente no cuidado à criança. Tal atitude é constatada nos estudos de Hayakawa et al. (2009), cujos resultados demonstraram a necessidade de profissionais de saúde estabelecerem estratégias para melhor conhecer a família, seus comportamentos e sentimentos para promoção de cuidados na perspectiva do cuidado humanizado e individualizado em saúde, uma vez que cada família desenvolve sua maneira de enfrentar a situação. Os autores também afirmam ser comum a prática de profissionais centrada no cuidado à criança em detrimento dos familiares, uma vez que o sofrimento dos familiares é percebido como algo normal e esperado no contexto hospitalar. Essas ponderações de Hayakawa et al. (2009) ajudam a compreender os resultados nesta pesquisa quanto à dinâmica que se estabelece na interação equipe de saúde e familiar acompanhante. Nesta pesquisa constatou-se que no início a interação do familiar acompanhante com a equipe de saúde é marcada pelo confronto e evolui para uma interação mais saudável após os primeiros dias de internação.

Imobilizada pelo sentimento de insegurança e pela dificuldade de expressar suas percepções e interpretações da situação, a família espera uma aproximação do profissional para interagir. Esta pesquisa constatou que a equipe de saúde está aberta aos questionamentos e disposta a esclarecer as dúvidas sobre o tratamento, condição da criança e funcionamento hospitalar. Também estão atentos ao fato de que cada familiar desenvolve a sua estratégia de enfrentamento, não havendo

espaços para padronização no modo de lidar com os familiares. Destacaram a importância de estabelecer estratégias para melhor conhecer o familiar acompanhante, para transmissão eficaz de conhecimento ao familiar, não limitando-se à criança.

6.4 CONDIÇÃO EMOCIONAL DO ACOMPANHANTE

Constatou-se que no momento da internação o acompanhante apresenta um forte sentimento de culpa, que o acompanha durante todo o período de internação e possivelmente também no pós-alta hospitalar. Conforme relato dos profissionais, é comum o acompanhante culpar-se por ter deixado a criança sob responsabilidade de outrem que não evitou o acidente, culpar-se por ter se distraído e permitido que o acidente ocorresse, culpar-se por não disponibilizar à criança melhores condições de vida com vistas a minimizar as situações e condições de risco ou por terem proporcionado excesso de liberdade na educação. O sentimento de culpa é acompanhado pela ansiedade com a internação e procedimentos para tratamento da queimadura, sendo necessários programas de preparação psicológica para os familiares, de acordo com os entrevistados.

O fator culpa também foi identificado nos estudos de Melo et al. (2010), Santos et al. (2013), Hayakawa et al. (2009), e Milanesi et al. (2006). De acordo com esses autores, o sentimento de culpa é acompanhado dos sentimentos de medo, desconfiança, desânimo, angústia e incerteza. Esses autores também demonstraram em seus estudos que a culpa desencadeia a crença de que o familiar falhou em algum momento na educação doméstica, ao considerarem que agiram com “com pouca rigidez”, suscitando a dúvida se poderiam ter feito ou deixado de fazer algo diferente.

Como elemento tranquilizador, foi evidenciado nas entrevistas com a equipe de saúde que o atendimento humanizado é fundamental junto à família, pois o acompanhante reestabelece o equilíbrio emocional quando passa a confiar na equipe de saúde. De acordo com os entrevistados, é necessário que o profissional atue com empatia e profissionalismo, transmitindo informações claras e objetivas para posicionar o acompanhante do estado da criança, desmistificando certas

conclusões precipitadas oriundas da desinformação quanto à queimadura, tratamento e sequelas.

Conforme apontado anteriormente, a Política Nacional de Humanização – PNH (Brasil, 2010) preconiza um atendimento de qualidade pelo acolhimento do usuário com vistas ao estabelecimento do vínculo com a equipe de saúde. Compreende-se a humanização como um dispositivo que busca, entre outros princípios, a promoção da interação entre os sujeitos pertencentes ao sistema de saúde, com o intuito de gerar uma grupalidade, que se constrói coletivamente, com foco na produção de saúde. A PNH considera que a mobilização dos sujeitos sociais torna-os capazes de “transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (Brasil, 2004, p.8).

6.5 PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NO TRATAMENTO

A participação do acompanhante durante o tratamento é percebida como fundamental pelos profissionais. De acordo com os relatos, a recuperação da criança é mais rápida quando o familiar mantém uma postura de atenção, carinho e cuidados à criança durante os procedimentos, principalmente durante a balneoterapia. No outro extremo, há familiares cuja participação resume-se à sua presença no hospital, ausentando-se em vários momentos da unidade, mantendo um vínculo que consideram “precário” com a criança. Nesses casos, a recuperação da criança é mais lenta e os procedimentos para o tratamento são realizados com maior dificuldade, pois a criança comumente apresenta-se mais resistente à sua realização.

De acordo com os profissionais, a participação do acompanhante, além da postura acolhedora junto à criança, poderá se estender para sua atuação direta nos procedimentos, principalmente na balneoterapia. Durante o banho, o acompanhante, com a devida orientação e na presença de um dos membros da equipe de saúde, poderá banhar a ferida e realizar os movimentos necessários para remoção do tecido morto. Em virtude dos laços familiares, os profissionais relataram que há maior aceitação da criança na realização da balneoterapia quando o acompanhante, além de estar presente, realiza o procedimento em

parceria com o profissional. Esse fato é verificado no estudo de Ribeiro e Angelo (2005) sobre o significado da hospitalização para as crianças, que identificou que a mãe desempenha ação terapêutica junto à criança ao exercer o papel de protetora, compreensiva e disposta a responder suas necessidades de ordem física e emocional, além de apoiar e informar sobre procedimentos e rotinas hospitalares.

Nesta pesquisa, evidenciou-se que a maioria dos familiares aceitam as orientações dos profissionais e envolvem-se no tratamento quando são orientados para esse fim, com consequências positivas sobre o tratamento. Esse resultado corrobora os estudos que apontam que os familiares estão dispostos a auxiliar no tratamento e cuidados despendidos às crianças, além de interagir com a equipe de saúde com vistas a atuar em parceria (Hayakawa et al., 2009; Lam et al., 2006; Li et al., 2007).

Estes estudos corroboram os resultados desta pesquisa quanto à importância de envolvimento e preparação dos familiares para o tratamento da criança, demonstrando que familiares presentes junto às crianças e treinados para participar da realização de procedimentos invasivos resultam em maior aceitação da criança na realização dos mesmos, proporcionam ao familiar maior controle sobre a situação e potencializam a confiança no profissional que irá realizar o procedimento.

A inclusão e preparo da família para desempenhar as funções de cuidado da criança hospitalizada exigem da equipe de saúde a utilização de estratégias adequadas no envolvimento desses familiares. A experiência de cuidado faz com que os familiares sintam-se competentes por contribuir na recuperação do filho, configurando-se uma oportunidade de promover o desenvolvimento dos próprios cuidadores, além de ampliar o repertório de conhecimentos acerca do processo saúde e doença (Bezerra & Fraga, 1996).

Para finalizar esta discussão é necessário mencionar o posicionamento epistemológico que norteou esta pesquisa, citando a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, que permitiu uma compreensão mais ampla do fenômeno em estudo.

A hospitalização repercute no ciclo vital da família, que necessitará se organizar para a mudança de ambiente, pelo convívio com outras pessoas, e para as repercussões da hospitalização. Devido à

permanência da criança por longo tempo e, posteriormente, pelo retorno às constantes consultas para tratamento da queimadura, o contexto hospitalar torna-se o microsistema da família e da criança hospitalizada, uma vez que o tratamento levará um longo tempo. Logo, o adoecimento da criança promove uma transição ecológica para esta família. É importante lembrar também que esta teoria pressupõe que é neste contexto que a criança desenvolverá, a partir de então e até a alta, os processos proximais. Nesses ocorre a troca de energia que pode ocorrer em ambas as direções, de pessoa para pessoa em díades, tríades ou mais, ou mesmo da pessoa com objetos e símbolos (Bronfenbrenner & Evans, 2000). O hospital neste caso deverá ter a função de promover os processos da melhor forma possível, para evitar um desfecho desenvolvimental para a criança baseado no que denominam “disfunção”, ou seja, a manifestação recorrente de dificuldades de integração dos comportamentos nas relações. Assim sendo, os profissionais da equipe podem evitar esta ocorrência, potencializando as competências da criança para a aquisição de habilidades e conhecimento, o que os autores chamam de “competências” em situações de diferentes domínios, tais como intelectual, físico, motivacional e emocional, ou em suas combinações.

O evento da hospitalização afeta o curso de desenvolvimento tanto da criança como dos familiares, pois coloca para eles o desafio de lidar com uma condição tão estressora como um acidente que leva à queimadura. Este evento configurou-se, como se constatou nesta pesquisa, como um grande estressor para a criança e sua família, e forçou-os a enfrentar estressores desenvolvimentais importantes, como medo, ansiedade, estresse e culpa, além de interferir no curso natural do desenvolvimento da família.

Evidenciou-se a preocupação dos profissionais da equipe de saúde em preparar os familiares acompanhantes para realização de alguns procedimentos destinados ao tratamento da criança. Na ótica desenvolvimentista, o ambiente hospitalar deixa de se configurar como ambiente de restrição ao desenvolvimento infantil, e numa perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, os diferentes processos aos quais a criança e familiares são expostos poderão possibilitar novas formas de enfrentamento, atenuando o impacto da hospitalização.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 PRINCIPAIS CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES

O presente estudo permitiu compreender a rotina e procedimentos para o tratamento da queimadura em crianças na Unidade de Queimados e as relações estabelecidas entre equipe de saúde, familiares acompanhantes e crianças durante a hospitalização. A análise da dinâmica que se estabeleceu possibilitou, pelo cotejo das informações repassadas pela equipe de saúde, conjecturar sobre os diferentes aspectos envolvidos na relação entre os sujeitos, além de suscitar um material teórico para construção de três cartilhas informativas (Apêndice D). Em linhas gerais, conclui-se que os familiares acompanhantes comumente não estão preparados para enfrentar a situação de hospitalização da criança, dada a condição aversiva da queimadura. Diante desse fato, os profissionais da equipe de saúde estão atentos às formas de comunicação, ao compartilhamento de informações com respeito ao momento e formas de interação além de proporcionar o envolvimento desses nos procedimentos invasivos de tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação da criança.

No âmbito da comunicação, evidenciou-se que tanto em relação ao familiar acompanhante, bem como junto à criança, os profissionais da equipe de saúde preocupam-se com o estabelecimento do vínculo, atuando com empatia e educação. Fazem uso da rotina para, nas conversas diárias, comunicarem-se atentos ao momento oportuno para transmissão de informação. Em virtude da gravidade da situação, da quantidade e complexidade das informações e da capacidade de entendimento por parte de alguns familiares, considerada como limitada na visão da equipe de saúde, os profissionais executam os procedimentos priorizando o tratamento. Além disso, os procedimentos de início são emergenciais e a presença do estresse e da condição emocional debilitada do acompanhante são fatores que também exigem que a transmissão da informação seja realizada em um momento mais oportuno.

No processo de comunicação, ficou evidenciada como facilitadora da comunicação a enunciação gradativa das informações. Nos primeiros dias, as informações transmitidas pela equipe de saúde

são limitadas às rotinas da unidade, e somente após o terceiro ou quarto dia, para a maioria dos casos, é que são abordadas informações mais complexas sobre o tratamento. Os profissionais preocupam-se com a forma de se expressar, que deve ser realizada com educação e empatia. Constatou-se que facilita o processo da comunicação o interesse do familiar pelo tratamento, pois certos temas poderão ser esquecidos, uma vez que não há um padrão na exposição das informações, seja em termos de conteúdo ou momento adequado. Por fim, também como facilitador da comunicação, destacou-se a possibilidade da utilização de materiais informativos, recurso este não disponível na Unidade de Queimados, condição motivadora da presente pesquisa.

Em contrapartida, no outro extremo, como elementos dificultador da comunicação das informações, está a utilização de termos técnicos. O uso de terminologia específica da medicina interfere negativamente nas ações da equipe de saúde no ato de instruir, pois o familiar acompanhante encontra-se estressado e apresenta uma condição de bloqueio para a recepção das mensagens.

As informações sobre o tratamento da queimadura desejadas pelo familiar acompanhante estão relacionadas principalmente à gravidade da lesão e consequente cicatriz e ao tempo de tratamento e internação. Esse último aspecto é motivo de desespero para o familiar acompanhante, pois o tratamento da queimadura poderá exigir meses. Por se tratar de um acidente, não houve tempo para organizar a rotina familiar e outros compromissos pessoais como o trabalho profissional. Para muitos familiares, há outros filhos menores, a rede de apoio é deficitária e o local de residência é distante. As informações repassadas pela equipe de saúde, além de contemplar a gravidade da lesão e tempo de internação, são relacionadas principalmente à importância da higiene, abrangendo a higiene do ambiente do quarto de dormir, a higiene pessoal e a higiene da criança, principalmente do local da lesão. Há preocupação com a possibilidade de infecção, fator agravante da queimadura. À medida que o tratamento avança, aspectos como sequelas e cicatrizes e procedimentos realizados, principalmente a balneoterapia, são abordados pela equipe de saúde. Com a proximidade da alta hospitalar, as informações relacionam-se aos cuidados com a pele e uso da malha compressiva, com enfoque à necessidade de continuidade do tratamento ambulatorial em certa periodicidade de tempo.

Evidenciou-se que a interação entre equipe de saúde e familiar acompanhante é marcada inicialmente pelo confronto. No momento da internação, a condição emocional do familiar é destacada pelo estresse e ansiedade, fruto dos medos das cirurgias e possíveis sequelas ou mesmo pela possibilidade de óbito. Também é forte o sentimento de culpa pelo acidente que originou a queimadura, sentimento este transferido para o profissional nos momentos de realização de procedimentos invasivos. Em função da gravidade da lesão, pela destruição dos tecidos da pele, são necessárias algumas tentativas até se conseguir o acesso venoso, causando dor na criança. Ou mesmo os procedimentos de balneoterapia e troca de curativos que também são dolorosos, gerando aflição no familiar, que passa a culpar o profissional da equipe pelo sofrimento da criança. Para minimizar a situação de confronto e estabelecer uma relação mais saudável com vistas ao atendimento humanizado, os profissionais atuam com empatia, ou seja, buscam colocar-se no lugar do familiar e levam em consideração que suas reações conflitivas são fruto da situação em que se encontram.

Constatou-se que o familiar acompanhante inicia a intensificação da ansiedade à medida que percebe a veracidade das informações prestadas pelo profissional. Como exemplo, é explicado para o familiar que o tratamento para lesão de queimadura realizado na Unidade de Queimados é referência no estado de Santa Catarina e que a equipe de profissionais é qualificada e experiente e os resultados alcançados são comumente positivos. Ao perceber a veracidade dessas informações, à medida que o tratamento avança, o familiar acompanhante passa a confiar na equipe e compartilhar o tratamento, atuando em parceria.

Verificou-se que a participação do familiar acompanhante está relacionada à sua postura ou comportamentos assertivos e também na sua atuação de forma correta na realização de atividades concernentes aos procedimentos. Quanto à postura, passada a fase inicial de confronto, são consideradas promissoras as atitudes que busquem o cuidado contínuo à criança, confortando-a e auxiliando-a nas rotinas diárias. Outras atitudes necessárias e facilitadoras estão relacionadas ao autocuidado, descansando e alimentando-se adequadamente, além da higiene pessoal, pois conforme relatos da equipe de saúde, há casos de familiares que não mantêm o asseio corporal com vistas à higiene. Quanto à sua forma de atuação, facilita as atividades da equipe de saúde

o familiar acompanhante que envolve-se no tratamento de forma ativa. Por forma ativa, entende-se o familiar que participa junto ao profissional na realização dos procedimentos para tratamento da queimadura, auxiliando na alimentação da criança, nos cuidados com os curativos e realização do procedimento da balneoterapia.

Por fim, a descontinuidade do tratamento da criança por parte dos familiares acompanhantes foi evidenciada nos relatos dos profissionais. Esse fato suscita questionamentos quanto ao funcionamento da RAS nos quesitos sistema de informação integrado, continuidade do cuidado e assistência integral, e a extensa gama de estabelecimentos de saúde para realização de vários serviços. O familiar acompanhante e a criança, ao retornar à sua cidade de origem, não dispõem dos serviços conforme preconizado pela RAS, segundo os profissionais.

7.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS, LIMITAÇÕES DO ESTUDO, DESDOBRAMENTOS PARA A PRÁTICA E ESTUDOS FUTUROS.

A entrevista realizada mostrou-se adequada para alcançar os objetivos de coletar os depoimentos dos profissionais com vistas à confecção das cartilhas. Algumas limitações transcorreram durante a pesquisa. A principal foi a de tempo, pois foi impossível finalizar a avaliação das cartilhas pela equipe de saúde de forma sistemática como se pretendia. No entanto, esta limitação poderá ser contemplada com a avaliação futura deste material em outras pesquisas.

Conforme observado e discutido nesta pesquisa, o envolvimento dos familiares nos procedimentos realizados com a criança é imprescindível para o sucesso do tratamento. Destaca-se como desdobramentos para a prática a utilização desta cartilha para transmissão de informações em um programa de preparação psicológica dos familiares acompanhantes, mediado por um profissional, com o objetivo de redução dos níveis de estresse.

Com base nos resultados encontrados, sugerem-se alguns temas que podem ser explorados em estudos futuros:

- A eficácia da cartilha informativa junto aos familiares acompanhantes de crianças com queimaduras;

- Acompanhamento longitudinal de familiares que receberam informações por intermédio da cartilha informativa, quanto à adesão ao tratamento e retorno ambulatorial;
- Como os familiares avaliam o uso da cartilha informativa no enfrentamento dos procedimentos invasivos realizados com as crianças; e
- Comparação do envolvimento no tratamento de familiares que receberam informações por intermédio da cartilha em detrimento aos familiares instruídos verbalmente, sem o uso da cartilha.

Por fim, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a elaboração de programas de acolhimento destinados aos pais de crianças hospitalizadas e, sobretudo, àqueles que tiveram suas crianças vitimizadas pelo acidente que provocou queimaduras.

REFERÊNCIAS

- Azevedo, D. M. de, Santos, J. J. da S., Justino, M. A. R., Miranda, F. A. N. de, & Simpson, C. A. (2007). O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 335-341.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Bess d'Alcantara, E. (2008). Criança hospitalizada: O impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 3(6), 38-55.
- Bezerra, L.de F.R., & Fraga, M. N. de. O. (1996). Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(4), 611-624.
- Brasil. (1990). Lei n.. 8.069, de 13 de Julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. (2006). *Mortalidade por queimadura*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS*, 1, 242 p.
- Brasil. (2010b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Breiner, S. M. (2009). Preparation of the pediatric patient for invasive procedures. *Journal of Infusion Nursing*, 32(5), 252-256.
- Broering, C. V. (2014). *Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias*. (Tese de Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Percepções das mães sobre a preparação pré-cirúrgica de seus filhos segundo dois modelos. *Psicologia Argumento*, 29(66), 327-341.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a

- bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21st Century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9(1), 115-125.
- Busnello, R. G., Melchior, R., Faccin, C., Vettori, D., Petter, J., Moreira, L. B., & Fuchs F. D. (2000). Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76(5), 349-51.
- Carnier, L. E., Rodrigues, O. M. P. R., & Padovani, F. H. P. (2012). Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia*, 29(3), 315-325.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castro, D. P., Andrade, C. U. B., Luiz, E., Mendes, M., Barbosa, D., & Santos, L. H. G. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*, 32(4), 246-254.
- Cervo, A. L., Bervian, P. A., & Silva, R. (2007). *Metodologia científica* (6. ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Côa, T. F., & Pettengill, M. A. M. (2011). A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em

unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 825-32.

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (1995). Resolução nº 41 de 17 de outubro de 1995. Brasília.

Crepaldi, M. A. (1998). Famílias de crianças hospitalizadas: os efeitos da doença e da internação. *Revista Ciência da Saúde*, 17(1), 82-92.

Crepaldi, M.A. (1999). *Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre doenças e a hospitalização de seus filhos*. Taubaté, SP: Cabral Editora Universitária.

Crepaldi, M. A., & Gabarra, L. M. (2011). A comunicação médico-paciente pediátrico – família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumento*, 29(65), 209-218.

Crepaldi, M. A., & Hackbarth, I. D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 99-112.

Crepaldi, M.A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Orgs.). *Temas em psicologia pediátrica* (pp.13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Crepaldi, M. A., & Varella, P. B. (2000). A recepção da família na hospitalização de crianças. *Paidéia*, 10(19), 33-39.

- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, N.T. (2004). Complicação das queimaduras. In E. M. Lima-Júnior, M. C. do V. F. Serra. *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Deslandes, S. F. (1998). A construção do projeto de pesquisa. In: M. C. de S. Minayo (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (9. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Drago, D. A. (2005). Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. *Pediatrics*, 115, 10-6.
- Elder, G. H. (1996). Human lives in changing societies: Life course and developmental insights. In R. B. Cairns, G. H. Elder & E. J. Costello (Orgs.). *Developmental science* (pp. 31-62). New York: Cambridge University Press.
- Fabia R., & Groner J. I. (2009). Advances in the care of children with burns. *Advances in Pediatrics*, 56, 219–248.
- Farias, R., & Gonçalves, J. R. (2012). Cuidando da Saúde. *UFSC – Labsfac*, Florianópolis, 1-6.
- Fincher, W, Shaw, J, & Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 946–955.

- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. (2. ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turatto, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1), 17-27.
- Fontes, C. M. B., Mondini, C. C. da S. D., Moraes, M. C. A. F., Bachega, M. I, & Maximino, N. P. (2010). Utilização do brinqueado terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(1), 95-106.
- Forgeron, P. A., Finley A., & Arnaout, M. (2005). Pediatric pain prevalence and parents' attitudes at a cancer hospital in Jordan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(5), 440-448.
- Franck, L. S. & Spencer, C. (2005). Informing parents about anaesthesia for children's surgery: a critical literature review. *Patient Education and Counseling*, 59, 117-125.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Góes, F. G. B., & Cava, A. M. L. (2009). Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. *Rev. Eletr. Enf.*, 11(4), 942-51.

- Gold, K. J., Jayasuriya, T. G., Silver, J. M., Spangenberg, K., Wobil, P., & Moyer, C. A. (2013). How well do mothers in Ghana understand why their newborn is hospitalized? *Paediatrics and international child health*, 33(3), 181-186, DOI: 10.1179/2046905513Y.0000000063.
- Gomes, G. C., & Oliveira, P. K. (2012). Vivências da família no hospital durante a internação da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 165-171.
- Gomes, G. C., Pintanel, A. C., Strasburg, A. Da C., & Erdmann, A. L. (2005). O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. *Revista Enfermagem UERJ*, 19(1), 64-69.
- Gordon, B. K., Jaaniste, T., Bartlett, K., Perrin, M., Jackson, A., Sandstrom, A., ... Sheehan, S. (2010). Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child: care, health and development*, 37(5), 727-733.
- Hayakawa, L. Y., Marcon, S. S., & Higarashi, I., H. (2009). Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(2), 175-182.
- Hinde, R. A. (1992). Developmental psychology in the context of other behavioral sciences. *Developmental Psychology*, 28(6), 1018-1029.

- Immelt, S. (2006). Psychological adjustment in young children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(5), 362-377.
- Jansen, M. F., Santos, R. M. Dos, & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 247-253.
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., ... Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas*, 59(2), 51-56.
- Kortesluosa, R. L., & Nikkonen, M. (2008). "You just have to make the pain go away"- children's experiences of pain management. *Pain Management Nursing*, 9(4), 143-149.
- Lam, L. W., Chang, A. M., & Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalized children: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 535-545.
- Lemos, A. T. de O., Guedes, A. C., Costa, D. M. da, Ribeiro R., Salles, P., Costa, L. M. B., & Goulart, E. (2004). Infecção da criança queimada. In E. M. Lima-Júnior, M. C. do V. F. Serra. *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Li, H. C. W., Lopez, V., & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30, 320-332.
- Lima, E. M., Júnior, Novaes, F. N., Piccolo, N. S., & Serra, M. C. V. F. (2008). *Tratado de queimaduras no paciente agudo* (2. ed.). São Paulo: Atheneu.
- Lima, E. M., Júnior, & Serra, M.C.V.F. (2004). *Tratado de Queimaduras*. São Paulo: Atheneu.
- Luna, S.V. (2002). *Planejamento de pesquisa: uma introdução*. São Paulo: EDUC.
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da SBPH*, 10(1), 03-08.
- Machado, A. B., Jesus, M. A. das G. S. de, & Filgueiras, M. S. T. (2008). A importância da ajuda psicológica na preparação para cirurgia com crianças. *Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora Revista*, 22, 223-238.
- Magalhães, F. M., Gusmam, D. P. P., & Grecca, K. R. R. (2010). Preparo psicológico em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca pediátrica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 144-166.
- Mangurten, J., Scott, S. H., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Vinson, L., Sperry, J., ... Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive

procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 32(3), 225-233.

Matsuda-Castro, A. C., & Linhares, M. B. M. (2014). Pain and distress in inpatient children according to child and mother perceptions. *Paidéia*, 24(59), 351-359.

McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Wood, F., & Elliott, C. (2013). Paediatric medical trauma: the impact on parents of burn survivors. *Burns*, 39, 1114-1121.

Melo, W. A. De, Marcon, S. S., & Uchimura, T. T. (2010). A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(4), 565-571.

Milanesi, K., Collet, N., Oliveira, B. R. G. De, & Vieira, C. S. (2006). Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*, 59(6), 769-774.

Minayo, M. C. de S., Souza, E. R. de, Constantino, P., & Santos, N. C. dos. (2010). Método, técnicas e relações em triangulação. In M. C. de S. Minayo, S. G. de Assis, & E. R. de Souza (Orgs.). *Avaliação por triangulação: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Mitre, R. M. De A., & Gomes, R. (2007). A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1277-1284.

- Motta, A.B., & Enumo, S.R.F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2011). Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*, 64(2), 254-60.
- Murray, P. J., & Muhr, T. (2000). ATLAS.ti. The knowledge workbench - software for visual qualitative data analysis, management and model building in education, research and business. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 245-245. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.1276h.x
- Nieweglowski, V. H., & Moré, C. L. O. O. (2008). Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estudos de Psicologia*, 25(1), 111-122.
- Nóbrega, R. D. Da, Collet, N., Gomes, I. P., Holanda, E. R. De, & Araújo, I. B. De. (2010). Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 425-433.
- Novaes, L. H. V. S., & Portugal, G. (2004). Ecologia do desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista Paulista de Pediatria*, 22(4), 221-229.
- Oliveira, A. B. S. de, Serra, M. C. do V. F. (2004). Atendimento inicial. In E. M. Lima-Júnior, M. C. do V. F. Serra. *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Pickett, W., Streight, S., Simpson, K., & Brison, R. J. (2003). Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. *Pediatrics*, 111(4), 364-371.
- Pimentel, M. H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Revista Servir*, 49(4), 172-177.
- Polonia, A. da C., Dessen, M. A., & e Silva, N. L. P. (2008). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In M. A. Dessen & A. L. Costa Junior (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 132-151). Porto Alegre: Artmed.
- Powers, K. S., & Rubenstein, J. S. (1999). Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit: a prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 955-958.
- Pruitt, L. M., Johnson, A., Elliott, J. C., & Polley, K. (2008). Parental presence during pediatric invasive procedures. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(2), 120-127.
- Quintana, A. M., Arpini, D. M., Pereira, C. R. R., & Santos, M. S. Dos. (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(4), 414-423.
- Quirino, D. D., Collet, N., & Neves, A. F. G. de B. (2010). Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm.*, 31(2), 300-6.

- Ribeiro, C. A., & Angelo, M. (2005). O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 391-400.
- Ribeiro, C. R., & Pinto, A. A., Junior. (2009). A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(1), 31-56.
- Rossit, R. A. S., & Fávere, D. C. (2011). Influência de atividades pedagógicas sobre o comportamento de crianças hospitalizadas e seus acompanhantes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 23(3), 52-67.
- Sabaq, A. G., & El-Awady, S. (2012). The effect of pre-operative preparation program and mothers presence during induction on anxiety level and behavior change in young children undergoing elective surgery. *Life Science Journal*, 9(4), 3798-3807.
- Sabatés, A. L., & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 963-973.
- Salmon, K., & Pereira, J. K. (2002). Predicting children`s response to an invasive medical investigation: the

influence of effortful control and parent behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), 227-233.

Santos, L. F., Oliveira, L. M. de A. C., Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., & Peixoto, M. K. A. V. (2013). Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 473-478.

Silveira, A. O., & Angelo, M. (2006). A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(6).

Silveira, S. M. F., & Outeiral, J. O. (2005). Preparação psicoterápica de crianças para cirurgia: A propósito de dois casos clínicos. In J. Outeiral (Org.). *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes: desenvolvimento, psicopatologia e tratamento* (pp. 423-434). Rio de Janeiro: Revinter.

Singh V., Devgan L., Bhat S., & Milner S.M. (2007). The pathogenesis of burn wound conversion. *Annals of Plastic Surgery*, 59(1), 109-115.

Soderback, M., & Christensson, K. (2008). Family involvement in the care of a hospitalised child: A questionnaire survey of Mozambican family caregivers. *International journal of nursing studies*, 45(12), 1778-1788. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.06.008

Sousa, L. D. de., Gomes, G. C., & Santos, C. P. dos. (2009). Percepções da equipe de enfermagem acerca da

importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. *Rev. enferm. UERJ*, 17(3), 394-9.

Souza, L. J. E. X., & Barroso, M. G. T. (1999). Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33, 107-12.

Souza, P. de., Scatolin, B. E., Ferreira, D. L. M., & Croti, U. A. (2008). A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. *Arq Ciênc Saúde*, 15(4), 163-9.

Tse T., Poon, C. H., Tse, K. H., Tsui, T. K., Ayyappan, T., & Burd, A. (2006). Paediatric burn prevention: an epidemiological approach. *Burns*, 32, 229-34.

Zanon, U., & Neves, J. (1987). *Infecção Hospitalar*. Rio de Janeiro: Médica Científica.

GLOSSÁRIO DE TERMOS

Balneoterapia: consiste no banho diário com duchas de água corrente e clorada, realizado em mesas apropriadas de aço inox ou fibra de vidro, dotadas de amplo sistema de escoamento, podendo também ser realizado mantendo-se o paciente sentado em cadeiras ou embaixo de chuveiros, dependendo do grau de cooperação. Como sistematização, divide-se a balneoterapia em duas modalidades: balneoterapia com analgesia e balneoterapia com anestesia.

Enxertia: retirada de um fragmento de pele de uma área do corpo para promover a cobertura cutânea de um ferimento em outra região. Caracteriza-se por transplante livre de pele ou simplesmente, um enxerto de pele ou enxerto cutâneo. Por exemplo, quando se remove um enxerto de pele da região inguinal para se cobrir um ferimento na mão.

Escaldadura: queimadura causada com líquido muito quente ou por jato de vapor. Em crianças pequenas, a escaldadura é a causa mais comum de queimaduras e a maioria dos acidentes acontece na cozinha de casa.

Desbridamento: É um método de retirada de tecido morto e outros detritos da pele de forma física por meio da raspagem com uma compressa húmida, pinça ou tesoura. É considerado não discriminatório quando remove também tecido saudável.

Cicatrização hipertrófica: O mesmo que queuloide, diferenciando que comumente regride com o tempo.

Queuloide: proliferação das células epidérmicas resultando em uma cicatriz de alto relevo com aspecto rosado, avermelhado ou escuro.

Retração cicatricial: ou contratura cicatricial, consiste a limitação dos movimentos causados pela queimadura sobre as regiões articulares, causando limitação dos movimentos.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de entrevista com profissionais da UQHI

Instruções:

Esta entrevista objetiva conhecer um pouco da sua experiência em lidar com crianças vítimas de queimadura e suas famílias. Através dela pretendemos construir uma cartilha informativa sobre o tratamento de queimaduras destinadas à orientação dos pais e familiares e da importância do apoio familiar junto à criança queimada, e sua ajuda será muito importante.

Depois que coletarmos todos os depoimentos da equipe de saúde, planejaremos a cartilha com a ajuda de um profissional da área da área do Design e em seguida ela passará pela avaliação de vocês.

Sua contribuição será fundamental para que possamos construir uma cartilha que de fato ajude os pais no enfrentamento das consequências da queimadura que seu filho sofreu.

Obrigada por sua participação!

I Dados de Identificação:

Nome: (iniciais)

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Cargo ou função na UQ:

Atividades que realiza nesta função:

II Questões

Sobre a Comunicação com as famílias

1. Há quanto tempo você trabalha aqui na UQ?
2. Como é o seu trabalho nesta Unidade?
3. Como é o seu contato com as crianças internadas?
4. E com as suas famílias?
5. O que você acha que a família sente ao ver sua criança aqui hospitalizada?
6. Que informações os familiares mais desejam conhecer quando entram na Unidade?

7. Que tipo de pergunta fazem para você sobre o tratamento da criança?
8. O que você acha que mais preocupa a família da criança que está aqui internada?
9. O que você considera que a família deveria saber sobre o tratamento da criança?
10. Quais são as dificuldades de explicar para as famílias o que está acontecendo com a criança internada?
11. O que facilita a comunicação (explicação) com os pais sobre o que está acontecendo com a sua criança?
12. O que você acha que tranquiliza a família?
13. Como a família pode participar do tratamento e recuperação da criança?

Tratamento da Queimadura

14. Quais os procedimentos realizados para o tratamento da queimadura?
15. Quem realiza estes procedimentos?
16. Os familiares presenciam os procedimentos realizados? Quais?
17. Quais informações a equipe comumente fornece aos familiares?
18. Como os familiares reagem ao presenciarem os procedimentos realizados?
19. Como o familiar pode contribuir com a equipe de saúde durante o tratamento?
20. Quais informações devem ser repassadas aos familiares sobre os cuidados pós-tratamento?
21. De que maneira é realizada a comunicação equipe-criança no tratamento da queimadura?
22. Os familiares devem ser informados sobre as sequelas da queimadura? O que devem saber?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.
Hospital

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

O hospital situado à rua n°..... na cidade de, Santa Catarina, está ciente de que será realizada nesta instituição, a pesquisa intitulada "**Comunicação entre equipe de saúde e familiares de crianças com queimaduras: proposta de construção de cartilhas informativas**", a fim de desenvolver três cartilhas informativas para preparação psicológica de acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos invasivos, para o tratamento de queimaduras. Esta pesquisa terá como benefício a melhor compreensão sobre o processo de hospitalização, reduzindo assim, sua ansiedade frente aos procedimentos invasivos realizados junto à criança com queimadura. Os dados coletados poderão ser utilizados tanto para fins acadêmicos, como para publicação em eventos científicos por professores idôneos no ensino de seus alunos do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os dados referentes às pessoas envolvidas na pesquisa serão mantidos em sigilo.

Sendo assim, autorizo o pesquisador aqui denominado Antônio Carlos Lançoni Júnior, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, orientado pela Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi, a responsabilidade pelo desenvolvimento da pesquisa com os familiares acompanhantes das crianças hospitalizadas desta instituição.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto ao pesquisador pelos telefones (47) 3044-3787 ou (47) 9603-3604.

Assinaturas:

Antônio Carlos Lançoni Júnior
Pesquisador principal- Mestrando

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Pesquisador responsável – Orientador

Eu,
responsável legal por esta instituição, declaro através deste documento, o meu
consentimento para a realização da pesquisa "**Comunicação entre equipe de
saúde e familiares de crianças com queimaduras: proposta de construção
de cartilhas informativas**", a ser realizada neste Hospital Infantil.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos.

....., de de 2013.

..... RG:
Assinatura do responsável

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eu, Antônio Carlos Lançoni Júnior, aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o a participar da coleta de dados da minha pesquisa de Dissertação de Mestrado, orientada pela professora Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi. Esta pesquisa: **Comunicação entre equipe de saúde e familiares de crianças com queimaduras: proposta de construção de cartilhas informativas** tem como objetivo desenvolver uma cartilha informativa para preparação psicológica de acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos invasivos, para o tratamento de queimaduras.

Justifica-se a realização desta pesquisa por proporcionar ao familiar maior conhecimento sobre aspectos da internação da criança, que possivelmente poderá resultar em maior controle dos estados emocionais que vivencia tais como ansiedade, estresse, medo e angústia. Também poderá possibilitar à criança internada maior conhecimento sobre sua condição em virtude do maior preparo do familiar.

A partir da sua autorização, você colaborará respondendo a uma entrevista cujos dados serão utilizados para elaboração de uma cartilha informativa. Depois você poderá ler e avaliar a cartilha juntamente com o pesquisador, opinando sobre o seu conteúdo.

O seu nome não será identificado nos resultados da pesquisa, e você terá o sigilo garantido. A sua participação é voluntária, não remunerada, e o pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento.

A sua recusa em participar da pesquisa não apresentará nenhuma penalidade ou prejuízo. Você poderá desistir da participação na pesquisa a qualquer momento.

O desconforto ou risco que esta pesquisa poderá apresentar resume-se em uma reflexão acerca de suas vivências no atendimento às crianças com queimaduras e que podem gerar abalo emocional. Caso

isso ocorra, a entrevista será remarcada ou cancelada, de acordo com o seu desejo, e será oferecido acolhimento psicológico. Caso seja necessário ou por você solicitado, poderei encaminhá-lo ao Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC).

Os resultados da pesquisa serão divulgados à instituição após a defesa da Dissertação, em data a ser agendada, e publicados em uma revista de Psicologia, sem quaisquer informações referentes à sua pessoa.

A Direção do Hospital concedeu permissão por escrito para que esta pesquisa seja realizada.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar da pesquisa, solicito sua assinatura em duas vias no referido termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Para qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo, entre em contato pelo telefone (047-9603.3604), ou pelo endereço eletrônico (acarloslanconi@gmail.com). Se preferir consulte o Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Infantil (48-3251-9092).

Atenciosamente,

Antônio Carlos Lançoni Júnior
Pesquisador Principal
Mestrando em Psicologia

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi
Orientadora

Eu,.....
....., declaro por meio deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa: **Comunicação entre equipe de saúde e familiares de crianças com queimaduras: proposta de construção de cartilhas informativas**, a ser realizada neste hospital. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e instrumentos que serão aplicados, bem como de meus direitos ao anonimato e a desistir da pesquisa a qualquer momento.

...../...../.....

Assinatura

Apêndice D – Conteúdo das 3 cartilhas informativas

Tabela 8

Cartilha 1. Tratamento

Cartilha 1. Tratamento								
Página	Conteúdo	Imagem						
Página 1	<p>Tipos de Queimadura</p> <p>As queimaduras danificam a pele e são classificadas de acordo com sua profundidade e extensão. De acordo com a profundidade, poderão ser classificadas em queimaduras de 1º, 2º ou 3º grau.</p> <p>1º grau. Queimaduras de primeiro grau são aquelas que lesionam a epiderme, a parte mais superficial da pele. São causadas pela exposição aos raios solares ou por contato não prolongado com substâncias quentes. Sua cicatrização se dá em uma semana sem mudanças na coloração, espessura ou textura da pele.</p> <p>2º grau. As lesões de segundo grau ou de espessura parcial profunda são decorrentes de uma lesão que ultrapassa a epiderme e atinge a derme.</p> <p>3º grau. Já as queimaduras de terceiro grau ou de espessura total são aquelas em que ocorre lesão de todos os elementos da pele, incluindo epiderme, derme, hipoderme e estruturas mais profundas.</p> <p>Quanto à extensão da área atingida, poderá variar entre pequeno, médio e grande.</p> <p>Gravidade da queimadura</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Leve</th> <th>Moderada</th> <th>Graves</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Queimaduras de 1º grau, 2º grau abaixo de 10% da área do corpo atingido e 3º grau abaixo de 2% de área do corpo atingido.</td> <td>Queimaduras de 2º grau com 10 à 20% da área do corpo atingido</td> <td>Queimadura de 2º grau com 20% ou mais de área atingida e 3º grau acima de 10%</td> </tr> </tbody> </table>	Leve	Moderada	Graves	Queimaduras de 1º grau, 2º grau abaixo de 10% da área do corpo atingido e 3º grau abaixo de 2% de área do corpo atingido.	Queimaduras de 2º grau com 10 à 20% da área do corpo atingido	Queimadura de 2º grau com 20% ou mais de área atingida e 3º grau acima de 10%	<p>Imagem 1</p> <p>Imagem 2</p>
Leve	Moderada	Graves						
Queimaduras de 1º grau, 2º grau abaixo de 10% da área do corpo atingido e 3º grau abaixo de 2% de área do corpo atingido.	Queimaduras de 2º grau com 10 à 20% da área do corpo atingido	Queimadura de 2º grau com 20% ou mais de área atingida e 3º grau acima de 10%						

(continua)

Tabela 8
Cartilha 1. Tratamento (continuação)

Cartilha 1. Tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
	<p>Infeção A pele constitui importante barreira às infecções e invasões bacterianas. A queimadura rompe todos os mecanismos de defesa do corpo e transforma a pele em um rico meio de colonização bacteriana.</p>	
Página 2	<p>Cuidados Medidas de higiene básicas devem ser tomadas para reduzir a probabilidade de infecções hospitalares, tais como: Lavar as mãos constantemente Usar a paramentação fornecida no hospital como a touca e o avental Não tocar na ferida Não se alimentar no quarto com alimentos de casa, pois podem cair na ferida Realizar a higiene pessoal, com banhos diários</p>	<p>Imagem 3 Imagem 4</p>
Página 3	<p>Curativos Diferentes tipos de curativos poderão ser utilizados durante o tratamento da queimadura. É importante você saber que o primeiro curativo deve ficar sobre a ferida por 48 horas e não deve ser retirado durante esse período. Há curativos que poderão ficar sobre a ferida por até 14 dias, sem ser retirado. O tipo de curativo varia de criança para criança, pois o tipo de queimadura determinará o curativo que será utilizado.</p>	<p>Imagem 4</p>

(continua)

Tabela 8
Cartilha 1. Tratamento (continuação)

Cartilha 1. Tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
	Objetivos do Curativo	
	Agem como proteção antimicrobiana	
	Mantem o ferimento hidratado reduzindo a perda de líquido	
Página 3	Promovem um ambiente propício para a cicatrização da ferida	Imagem 4
	Auxiliam na redução da dor agindo como analgésico	
	Reduzem a probabilidade de possíveis cirurgias	
	Reduzem a probabilidade de infecção	
	Medicação	
	A medicação utilizada no tratamento da queimadura serve para alívio da dor, para evitar inflamação e também a infecção.	
Página 4	Nos casos de medicação que é administrada por via venosa (veia), o profissional poderá ter dificuldades para encontrar a veia em função da gravidade da lesão provocada pela queimadura.	Imagem 5
	Então, o familiar acompanhante deverá entender essa dificuldade e cooperar com o profissional.	
	A forma mais eficaz de contribuição do familiar acompanhante é estar do lado da criança, conversando e distraíndo-a para amenizar sua ansiedade.	
	Alimentação	
	A alimentação da criança com queimadura é diferenciada. Um nutricionista recomendará o alimento mais adequado para o tratamento, pois para cada caso existe um tipo de alimento. O alimento adequado contribuirá para recuperação da pele.	
Página 5	Uma vez que a alimentação influenciará no processo de recuperação, outros alimentos, que não foram recomendados pelo nutricionista, não devem ser dados para a criança, tais como chocolates e doces.	Imagem 6

(continua)

Tabela 8
Cartilha 1. Tratamento (continuação)

Cartilha 1. Tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 6	<p>A Cirurgia de Enxerto de Pele A cirurgia de enxerto de pele consiste em retirar um pedaço de pele de uma área (doadora) e transferida a outra área (receptora) O paciente é anestesiado de acordo com a extensão da área a ser reconstruída – pode ser anestesia geral ou local.</p>	Imagem 7
Página 7	<p>Balneoterapia A balneoterapia consiste no tratamento da enfermidade por meio de banhos. Tem como principal objetivo a limpeza por meio da aplicação de água corrente Importante: Os banhos são diários e poderão ter duração de até 1h É o melhor tratamento e o familiar pode ajudar se desejar, pois é importante para a criança sua presença, trazendo conforto e auxiliando a equipe de saúde na limpeza da área afetada.</p>	Imagem 8
Página 8	<p>A Fisioterapia A fisioterapia objetiva a reabilitação e aceleração do tempo de recuperação do paciente queimado e conseqüente redução no tempo de internação. Importante: Quanto mais precoce for iniciada a fisioterapia, melhores serão os resultados futuros A fisioterapia possibilita aumento da força e a resistência muscular, reduz as contraturas cicatriciais e alcança boa cicatrização pelo melhor alinhamento das fibras cicatriciais A fisioterapia auxilia na recuperação dos movimentos, proporcionando ao paciente retorno a uma vida ativa dentro da sociedade</p>	Imagem 9

(continua)

Tabela 8
Cartilha 1. Tratamento (continuação)

Cartilha 1. Tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
	<p>Tempo de Internação O tempo de internação será diferente de criança para criança, pois dependerá da gravidade da lesão.</p>	
Página 9	<p>No caso de queimaduras superficiais que afetam apenas a epiderme, o tratamento poderá variar de 5 a 7 dias</p> <p>Queimaduras de espessura parcial superficial cicatrizam entre 14 a 21 dias</p> <p>As queimaduras de espessura profunda cicatrizam de três a seis semanas ou meses</p>	Imagem 10
	<p>Importante: Após o primeiro dia de internação, uma queimadura de 1º grau poderá evoluir para uma queimadura de 2º grau. O mesmo poderá ocorrer com uma queimadura de 2º grau que poderá evoluir para uma de 3º grau. Por essa razão, é necessário paciência e aguardar o diagnóstico definitivo somente depois do segundo ou terceiro dia de internação.</p>	

Tabela 9

Cartilha 2. O familiar acompanhante

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 1	<p>Respeito às Normas da Unidade de Queimados</p> <p>É muito importante que você respeite as regras da unidade de queimados. Essas regras servem para manter o ambiente organizado e otimizado para o tratamento da criança. Procure se orientar junto aos profissionais da equipe sobre como você deve agir no ambiente para o bem comum de todos. Em linhas gerais, você deve:</p> <p>Usar a paramentação disponibilizada na unidade. Essa paramentação é constituída de avental e toca, que deve ser sempre utilizada durante sua permanência no quarto com a criança;</p> <p>Lave as mãos constantemente, principalmente antes de retornar ao quarto da criança, para evitar trazer contaminação de fora do quarto;</p> <p>Oriente-se sobre os horários de visitação e instrua seus familiares.</p>	Imagem 1

(continua)

Tabela 9

Cartilha 2. O familiar acompanhante (continuação)

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 2	<p>Posturas Positivas do Familiar Acompanhante</p> <p>Você tem um papel fundamental durante a internação da criança. É muito importante que você tenha atitudes positivas em relação ao tratamento e à equipe. O tratamento para queimadura realizado pela equipe deste hospital é considerado um tratamento de referência. Em outras palavras, é o melhor lugar que você poderia estar para tratar seu filho. Entre outras posturas positivas, vale destacar:</p> <p>Confiar na equipe: saiba que a equipe está exercendo o seu papel da melhor forma. A equipe tem consciência que seu filho está sofrendo. Em alguns momentos, serão necessários alguns procedimentos que aparentemente estão fazendo seu filho sofrer ainda mais. Mas você deve saber que a equipe é extremamente competente e experiente em queimaduras, portanto, sabe o que está fazendo;</p> <p>Cuidar da criança: como você deve ter percebido, a criança deve estar assustada com tudo o que está passando. A queimadura, a dor resultante da queimadura e o ambiente hospitalar são situações novas e aversivas para a criança. Possivelmente, você encontra-se tão abalado quanto a criança. Deixar transparecer o seu abalo emocional poderá transmitir insegurança para a criança. Por outro lado, isolar-se da criança também é uma postura que deve ser evitada. O ideal é você conversar com a criança, explicar tudo o que está acontecendo, brincar sempre que possível, distrair e procurar manter uma relação de intimidade com ela.</p>	Imagem 2

(continua)

Tabela 9

Cartilha 2. O familiar acompanhante (continuação)

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 3	<p>A Participação do Familiar Acompanhante nos procedimentos</p> <p>Você pode participar dos procedimentos realizados pela equipe. O sucesso do tratamento depende também da sua atuação. Sempre com a orientação do profissional da equipe, você poderá:</p> <p>Alimentar criança: A criança deverá alimentar-se com base na prescrição da nutricionista. O alimento prescrito tem ação medicinal, pois é formulado para a queimadura específica de cada criança. Auxiliar a criança a alimentar-se, conversando com ela e explicando sobre a necessidade da ingestão de determinado alimento será essencial para a recuperação. Também é importante que a criança não ingira outros tipos de alimentos como chocolates, doces ou qualquer outro que não seja prescrito pelo nutricionista, pois poderá interferir negativamente na recuperação.</p> <p>Auxiliar nos cuidados com os curativos: É importante você observar a criança e orientá-la a não mexer ou retirar os curativos. Também é muito importante o cuidado para não deixar cair alimento sobre o curativo para evitar contaminação.</p> <p>Participar do processo da balneoterapia: Você será convidado a participar do procedimento de balneoterapia. Nos primeiros dias você poderá somente acompanhar a ação dos profissionais. À medida que sentir-se mais seguro, poderá auxiliar na limpeza o que proporcionará um contato íntimo com a criança.</p>	Imagem 3

(continua)

Tabela 9
Cartilha 2. O familiar acompanhante (continuação)

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
	<p>A Relação do Familiar Acompanhante com a Equipe</p> <p>É importante que você confie na equipe. Embora alguns procedimentos possam ocasionar desconforto ou dor, a equipe da unidade está fazendo tudo o que é necessário para que o tratamento seja bem sucedido.</p> <p>Em certos momentos de tristeza, possivelmente você desejará culpar o profissional e transferir seus sentimentos de raiva ou culpa para ele. Seus sentimentos são absolutamente compreensíveis, porém, essa não é melhor postura, pois o profissional da equipe está trabalhando para que a recuperação da criança seja o mais rápida possível e sua participação e apoio são fundamentais nesse processo.</p> <p>Procure se informar com a equipe de saúde sobre os procedimentos e como pode contribuir durante o tratamento. À medida que o tratamento avança e os resultados positivos aparecem, você perceberá que os procedimentos são realmente necessários e que o profissional da saúde está exercendo seu papel da melhor forma.</p>	
Página 4		Imagem 4

(continua)

Tabela 9

Cartilha 2. O familiar acompanhante (continuação)

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
	Sentimentos do Familiar Acompanhante	
	É comum o familiar acompanhante desenvolver certos sentimentos ou medos relacionados à queimadura.	
	Os sentimentos ou medos mais comuns são:	
	Medos relacionados às cirurgias de enxerto;	
	Medos relacionados às sequelas;	
	Sentimentos de ansiedade e estresse;	
	Revolta;	
	Culpa.	
Página 5	<p>Vamos conversar sobre eles:</p> <p>1. Medos relacionados às cirurgias de enxerto: em algumas situações será necessária a cirurgia de enxerto. Informe-se com os profissionais se será necessário essa cirurgia para seu filho. Caso seja necessária, é importante você saber que esse procedimento é realizado por profissionais de extrema competência e com muita prática nesse procedimento.</p> <p>2. Medos relacionados às sequelas: Outro medo muito comum é quanto às sequelas. Talvez algum tipo de sequela ocorrerá. Mas lembre-se sempre que seu filho está vivo e em recuperação e que as eventuais sequelas, com o passar dos anos, será melhor assimilada e aceita por todos.</p>	Imagem 5

(continua)

Tabela 9

Cartilha 2. O familiar acompanhante (continuação)

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 5	<p>3. Sentimentos de ansiedade e estresse: É comum o familiar acompanhante demonstrar ansiedade e ficar estressado com toda a situação, principalmente nos primeiros dias. É uma situação nova e difícil. Saiba que à medida que o tratamento resulta em recuperação gradativa, o estresse e ansiedade que você está sentindo tende a reduzir. Você perceberá que as técnicas utilizadas são eficazes e que o tratamento para queimadura realizado nesta unidade traz resultados muito satisfatórios.</p> <p>É muito importante que você participe da realização dos procedimentos tais como o procedimento da balneoterapia, pois esse é um dos momentos em que o profissional poderá utilizar para transmitir informações a você e esclarecer suas dúvidas.</p>	Imagem 5
Sentimentos do Familiar Acompanhante (continuação)		
Página 6	<p>4. Sentimento de culpa: De todos os sentimentos vivenciados pelo familiar, o mais presente e intenso é o sentimento de culpa. Talvez você tenha deixado a criança com outra pessoa que não cuidou como deveria ou por não proporcionar à criança melhores condições de segurança. Ou simplesmente por ter se distraído e permitido que o acidente ocorresse. Na verdade você se culpa porque considera que o acidente poderia ter sido evitado. Talvez sim, talvez não! Lembre-se sempre que como muitas coisas na vida, nem tudo que nos acontece estão planejadas.</p>	Imagem 6

(continua)

Tabela 9

Cartilha 2. O familiar acompanhante (continuação)

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 6	<p>Ficamos neuróticos e viajamos em pensamentos do tipo: “e se eu tivesse feito isso... e se eu tivesse em casa... se eu soubesse que seria assim...” São muitos “ses” que só estão presentes agora em sua mente porque você vivenciou a situação, no caso, o acidente que resultou na queimadura.</p> <p>Procure esquecer esses “ses” pois eles em nada contribuem. Sabemos, não é fácil! Mas como estratégias, procure ler e reler essas cartilhas, participe do tratamento e dos procedimentos, seja companheiro do seu filho, faça do profissional da equipe de saúde seu aliado e trabalhe em parceria com ele, troque informações com os outros familiares e informe-se constantemente. Essas são algumas das estratégias que lhe ajudarão a sentir-se menos culpado, pois você perceberá que não está sozinho e que todos ao seu redor na unidade de queimados estão do seu lado e do seu filho.</p>	Imagem 6

(continua)

Tabela 9

Cartilha 2. O familiar acompanhante (continuação)

Cartilha 2. O Familiar Acompanhante		
Página	Conteúdo	Imagem
	<p>O Cuidado Pessoal</p> <p>Você estará muito envolvido com toda a situação. Como vimos anteriormente, talvez você esteja sentindo-se culpado ou triste pelo sofrimento da criança. É comum alguns familiares acompanhantes não se alimentarem ou descansarem adequadamente, pois estão muito mais preocupados com a criança do que consigo mesmo. Diante desta constatação, segue abaixo algumas recomendações simples quanto aos cuidados pessoais, para que você possa ter força suficiente para participar do tratamento e ajudar seu filho:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repouso: Não deixe de dormir e descansar sempre que possível. A falta de sono intensifica o estresse e a irritabilidade, o que com certeza poderá influenciar negativamente sobre seus comportamentos; 2. Alimentação: Alimente-se adequadamente, nas quantidades que você está acostumado. É comum o familiar acompanhante perder o apetite e aqui vale aquele esforço extra para ingerir o alimento mesmo sem muito apetite. 3. Higiene pessoal: Lave as mãos sempre que possível para evitar a transmissão de bactérias e consequente infecção da área lesionada. Também não deixe de tomar aquele banho gostoso, pois esse ajuda a repor as energias trazendo sempre aquela sensação de renovação, essencial para a continuidade do seu envolvimento em todo o processo. 4. Revezamento com outros familiares: Peça ajuda e recorra a outros familiares para revezar com você alguns dias da semana ficando em seu lugar. 	
Página 7		Imagem 7

Tabela 10

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
	<p>De volta para Casa!</p> <p>Agora que terminou o tratamento, é hora de voltar para casa. Mas retornar para casa não significa fim de tratamento. O tratamento não termina na Unidade de Queimados e requer acompanhamento constante.</p>	
Página 1	<p>Em muitos casos são necessário cuidados especiais e continuidade na realização de alguns procedimentos que já eram realizados na Unidade de Queimados. Antes de falarmos dos cuidados e procedimentos, vamos falar das eventuais sequelas ocasionadas pela queimadura:</p>	Imagem 1
	<p>Sequelas:</p> <p>Cicatriz: uma das sequelas resultantes da queimadura são as cicatrizes, com implicações frente à aparência. As cicatrizes são consequentes de lesões ocasionadas pela queimadura e poderão resultar em desfiguramento, dor e restrição funcional, cicatriz hipertrófica e quelóide.</p> <p>Restrição funcional: a restrição funcional é a restrição do movimento em determinada parte do corpo. É causado pela contração cicatricial, que consiste na limitação dos movimentos causados pela queimadura sobre as regiões articulares, causando limitação dos movimentos.</p>	
Página 2		Imagem 2

(continua)

Tabela 10

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento (continuação)

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 3	<p>Sequelas</p> <p>Cicatriz hipertrófica: é uma cicatriz de aspecto rosado ou avermelhado que embora seja visível por um determinado período, comumente desaparece com o tempo. Caso não desapareça após certo período e apresentar um aspecto elevado sobre a pele, passa a ser chamada de queloide.</p> <p>Queloide: essa é a cicatriz mais visível que uma queimadura pode deixar. Pela proliferação das células epidérmicas, resulta em uma cicatriz de alto relevo com aspecto rosado, avermelhado ou escuro. O uso correto da malha compressiva poderá ajudar a evitar esse tipo de cicatriz. Veremos sobre o uso das malhas compressivas mais adiante.</p>	Imagem 3
Página 4	<p>Continuidade do tratamento</p> <p>No pós-alta, é importante alguns cuidados com a área atingida. Esses cuidados objetivam proteger a pele para minimizar as consequências deixadas pela queimadura e evoluir no tratamento para reduzir as cicatrizes e possíveis limitações. Vamos a eles:</p> <p>Evite exposição solar e proteja a pele: Evite expor a queimadura ao sol, principalmente se for uma queimadura no rosto. O uso de boné auxilia na proteção de uma queimadura no rosto. Proteja a pele com cremes, evite sujeiras, poeiras e use a malha compressiva caso tenha sido recomendada pela Equipe de Saúde.</p> <p>Uso da malha compressiva: A malha compressiva, por ser uma malha com propriedades elásticas, exerce pressão leve e constante sobre a área atingida além de protegê-la. Essa ação física sobre o local resulta em proteção e redução do processo de queloide.</p>	Imagem 4

(continua)

Tabela 10

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento (continuação)

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
Continuidade no tratamento		
	<p>Cuidados com impactos: Cuidado com esportes de impacto, como futebol, vôlei. É importante evita-los por um período, conforme orientação da Equipe de Saúde. Esses esportes tem a característica do serem atividades de impacto, seja com a bola ou com o adversário, ou mesmo em função das quedas. O impacto poderá romper a pele e retardar a cicatrização.</p>	Imagem 5
Página 5	<p>Fisioterapia: Como vimos anteriormente, a fisioterapia constitui um dos procedimentos realizado durante o tratamento de acordo com o tipo de queimadura e comprometimento. A fisioterapia poderá ser necessária também no pós-alta. Objetiva a eliminação ou redução da retração cicatricial muscular nos casos em que musculaturas e nervos são atingidos pela queimadura. É realizada por um fisioterapeuta no pós-alta por um profissional contatado pela família. Oriente-se junto à Equipe de Saúde se esse procedimento será necessário para seu filho.</p>	Imagem 6
	<p>A cicatrização A rapidez e aspectos da cicatrização dependerão de cada organismo. Algumas crianças ficam com mais marcas outras menos. A criança quando é pequena, com seu crescimento reduz a aparência da pele queimada.</p>	
Página 6	<p>Ou seja, é importante você saber que o tratamento da área atingida, quando realizado corretamente, ajuda a reduzir o aspecto deixado pela queimadura. Em outras palavras, saiba que a imagem inicial da queimadura não é a que vai ficar e ficará bem menos visível.</p>	Imagem 7

(continua)

Tabela 10

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento (continuação)

Cartilha 3. A continuidade dos cuidados e tratamento		
Página	Conteúdo	Imagem
Página 6	<p>Entretanto, saiba que a pele não ficará igual a como era antes. Somente quando queimadura é leve, superficial. Quando é uma queimadura de segundo ou terceiro grau, ficará uma cicatriz. A seqüela é para a vida inteira, então tem que cuidar sempre!</p>	Imagem 7
Página 7	<p>Reforçando! O retorno ao ambulatório</p> <p>É importante o retorno ao Ambulatório do hospital para continuidade do tratamento após a alta hospitalar em certos casos. O tratamento não termina na Unidade de Queimados e requer acompanhamento profissional com certa periodicidade.</p> <p>Razões para retornar ao ambulatório:</p> <p>O retorno ao ambulatório é um momento importante para o familiar acompanhante, pois esse poderá esclarecer dúvidas junto ao profissional;</p> <p>Um profissional avaliará a evolução da cicatrização e emitirá um parecer sobre a situação;</p> <p>Novas orientações poderão ser recomendadas pelo profissional, com o objetivo manter ou acelerar o tratamento que está sendo realizado por você;</p> <p>Esse é um momento importante também para a criança, que poderá esclarecer suas dúvidas e receber apoio de pessoas que estão preocupadas com ela. A criança se perceberá acolhida, um fator emocional importante no processo de recuperação.</p> <p>No momento oportuno, durante o tratamento, um profissional da Equipe de Saúde irá orientá-lo se será necessário ou não você retornar ao ambulatório com a criança.</p>	Imagem 8