

A PSICOLOGIA NUMA UNIDADE PEDIÁTRICA DE QUEIMADOS

PSYCHOLOGY IN PEDIATRIC BURN UNIT

Marilza MESTRE¹

Priscila MARTINS²

Roseli HAUER³

RESUMO

Introdução: A queimadura é um dos traumas mais dolorosos que podem acometer o ser humano sendo ainda pior para as crianças. As lesões provocam além das sequelas físicas, danos emocionais expressos por processo de luto diante das várias perdas que afetam a qualidade de vida e a adesão ao tratamento. **Objetivo:** O objetivo foi descrever por meio de uma revisão de literatura a necessidade de fornecer apoio psicológico diferenciado a cada subfase da infância e sugerir atenção a dados relevantes ao melhor cuidar. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura por meio de seleção de artigos científicos relacionados ao tema, com excerto de casos de queimadura infantil e da experiência de profissionais envolvidos no atendimento de crianças internadas em hospital público do Paraná. Tendo como fonte de análise a abordagem psicológica cognitivo-comportamental. **Resultados:** A) Discriminaram-se três subfases no desenvolvimento infantil: 1) Bebês: entre zero e três anos; 2) Crianças: quatro a oito anos e 3) Pré-adolescentes: nove a doze anos; e, B) Necessidade de se avaliar, caso a caso, o impacto desta queimadura nos familiares e/ ou acompanhantes desta criança. **Considerações Finais:** Os dados apontam para: 1) que a intervenção psicológica se adeque às demandas biossocial e emocional de cada faixa etária e suas sub fases; 2) a tarefa do psicólogo, nestes casos, sendo também de instrumentalizar o paciente e seus familiares ao difícil processo de reintegração à sociedade após a alta hospitalar.

Palavras-chave: Psicologia, pediatria, unidades de queimados.

ABSTRACT

Introduction: The burned is one of the most painful traumas that can affect the human being even worse for children. The lesions cause beyond physical sequela e, emotional damage expressed by grieving process on the various losses that affect the quality of life and treatment adherence. **Objective:** The objective was a literature review to describe the psychological support necessity for each phase of childhood and suggest attention for relevant data to better care. **Materials and Methods:** This literature review performed by means of selection of scientific articles related to the topic, with excerpt from cases of children with burn patients admitted to a public hospital. Having as a source of analysis to cognitive-behavioral psychological approach. **Results:** A) was diiscriminated three subphases in child development: 1) Babies: between zero and three years; 2) Children: four to eight years and 3) Preteens: nine to twelve years; and, B) need to evaluate, on a case by case basis the impact of this burn in family and/or companions of this child. **Final considerations:** The data showed to: 1) psychological intervention suits biosocial and emotional demands of each age group and their sub stages; 2) the task of the psychologist, in these cases as well as to make the patient and their family members to the difficult process of reintegration into society after discharge.

Keywords: Psychology, pediatrics, burn units.

¹ Doutora em Psicologia, docente do Curso de Psicologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

² Psicóloga clínica – Curitiba/PR

³ Mestre em Psicologia, coordenadora do Curso de Psicologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

e-mail correspondente: marilzamestre@marilzamestre.com

1. INTRODUÇÃO

Na queimadura a parte mais afetada é a pele. Um envoltório contínuo e flexível que protege todo o corpo (interna e externamente) e é o maior, mais antigo e sensível dos órgãos humanos. Suas funções biológicas são servir de barreira natural a agressores externos, controlar a temperatura corporal e reter líquidos essenciais à sobrevivência. e, psicologicamente sua importância é ainda maior, pois nela reside o sentido do tato que, simultaneamente, serve de sensor e comunicador. Portanto é principalmente pela pele que se inicia a comunicação entre o ser e o mundo¹.

O queimar-se, seja em qual for a intensidade, ameaça essas funções e sempre causará danos, pois para o ser humano a pele é a primeira matriz de identidade. Ela se estratifica em camadas: a) Epiderme, que envolve o corpo e o protege do meio externo, não tem vasos sanguíneos. b) Derme, composta de fibras de elastina (elasticidade), colágeno (firmeza), glândulas sebáceas e sudoríparas, vasos sanguíneos pequenos e terminações nervosas que dão a sensação de tato, frio e calor e, c) Hipoderme, a mais profunda, é composta basicamente por vasos sanguíneos maiores e células adiposas (protegendo o ser contra choques e atuando como isolante térmico)².

As lesões causadas são classificadas em acordo com a destruição dessas camadas. A de 1º grau atinge a epiderme, caracteriza-se pela presença de afecções e apresenta-se avermelhada, embora sem bolhas e raramente deixando cicatrizes. Na de 2º grau a pele fica rósea, aparecem pequenas bolhas, o que indica que atingiu além da epiderme uma parte da derme. Se for tratada há recuperação total, embora apresente cicatriz. Na de 3º grau, a pele lesionada fica pálida, com superfície endurecida devido à diminuição de elasticidade o que pode acabar provocando contratura muscular que costuma ocasionar danos funcionais de movimento e estética. Atinge epiderme e a derme total, deixando cicatrizes extensas, podendo, inclusive, causar hemorragias devido a vasos expostos. Há propensão à lesão neurológica, danificando nervos importantes para a percepção da dor. Essas queimaduras oferecem risco de complicações como infecções, perda de sangue e choque. Por último e mais graves estão as queimaduras de 4º grau, sempre envolvendo altos riscos à vida, pois nessas é atingido tecido subcutâneo, muscular e ósseo; nesse caso podendo ocorrer infecção sanguínea, risco de hipotermia e hipovolemia, levando a choque ou morte³.

Mas independente da gravidade da lesão elas devem sofrer ação terapêutica imediata e serem tratadas como trauma de urgência⁴.

As causas de queimadura costumam ser exposição a calor ou frio intenso, atrito (como queda com arrastamento em asfalto ou pedras); substâncias químicas; agentes radioativos (por exemplo, raios-X); choques elétricos e contato com animais (como águas-vivas, lagartas e outros). Em crianças o mais frequente é contato com líquido fervente (café, água, mingau, sopa, óleo e doce); explosão (fogos de artifícios, panelas e/ou lata de leite condensado); objetos superaquecidos (ferro de passar, panela, escapamento de motocicleta; carvão de cozimento) e acesso à chama direta ou materiais que causem fogo⁵.

É a gravidade da lesão que determinará o tipo de tratamento que, por característica, costumam ser extremamente invasivos e doloridos³. A pessoa, que já se encontra em um momento difícil e sofrido devido à própria queimadura (e às vezes hospitalização), agora se depara com o desconhecido – estar fora de casa, com pessoas que não a conhecem e que ela não sabe quem é. Além disto, nem sempre tendo a paciência e o carinho necessários para cuidar de tanto sofrimento⁶.

Um exemplo típico de quanto o tratamento pode ser invasivo e sofrido é o banho, necessariamente realizado duas vezes ao dia, com o objetivo de remover a pele lesada e a secreção ali depositada. Outro exemplo são as idas ao centro cirúrgico para a realização do debridamento (procedimento onde se retira a pele lesada, imagine a dor excruciante de ter a pele necrosada arrancada) e enxertia (procedimento onde é retirado um pedaço de pele não queimada de uma parte do corpo, que é colocada por cima da pele lesada) nos casos que forem necessários⁵. Outro aspecto terrível é o paciente se ver obrigado (para a grande maioria) a permanecer imóvel durante todo o processo. O doente se vê atingido por uma variedade de estressores como separação da família, afastamento do trabalho, mudanças corporais, despersonalização, dependência de cuidados, perda da autonomia e tensão constante com conseqüente perda de qualidade de vida^{1,7}.

É possível observar em pacientes incapacitados de falar sinais de existência de dor emocional manifestada através do olhar, dos gestos, choros e outros comportamentos não verbais e, por isso, se torna muito importante haver a escuta especializada⁸, porque relatar emoções permite alívio proveniente do acolhimento⁹.

A qualidade de vida, prejudicada pelas dores (provocadas pelas lesões, pelos procedimentos curativos e pela hospitalização), pode levar às manifestações psíquicas caracterizadas como processo de luto, necessário ao enfrentamento das perdas vividas⁷.

Sem falar que, do ponto de vista emocional há uma quebra existencial. A pele é a fonte de nossas primeiras matrizes de identidade¹⁰.

E, se tudo isso é norma para os pacientes adultos queimados, viver esse dano sendo uma criança acarreta ainda mais sofrimento, pois esta não consegue compreender o que lhe ocorre; o mesmo em relação à sua família, que assume muitas tarefas a mais do que as que já enfrentavam em seu cotidiano e tendem a carregar uma gama de emoções negativas como a culpa e o remorso. Já, a equipe de saúde, costuma se sensibilizar mais e, muitas vezes, nesses casos, sofrer processos de identificação com os familiares⁷.

Deste modo o objetivo foi descrever a necessidade de fornecer apoio psicológico diferenciado a cada subfase da infância e sugerir atenção a dados relevantes ao melhor cuidar.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Essa revisão de literatura foi realizada por meio de seleção de trabalhos científicos (artigos, livros e ou TCCs) relacionados ao tema, com descrição de experiências de atendimento com análise de excerto de casos de queimadura infantil, com pacientes internados por queimaduras de segundo a terceiro grau, de zero a 12 anos, de ambos os sexos, em hospital público do Paraná (aprovação CEP protocolo número 4633/07). Para ilustrar as particularidades em relação às faixas etárias foram selecionados excertos de três casos, preservando-se integralmente a identidade dos pacientes e seus familiares. Foi selecionada, de modo aleatório, uma criança de cada faixa etária comum naquela enfermaria; a) Bebês: sete meses; b) Crianças: cinco anos e c) Pré-adolescentes: 11 anos de idade.

Os dados foram coletados por observação direta e registro de relatos verbais tanto das crianças, como com seus familiares/acompanhantes, bem como pela análise dos relatórios das intervenções clínicas realizadas pelas autoras do estudo. Também foram usados relatos da equipe de saúde. E, a análise dos dados, tanto dos excertos como daqueles trazidos pela teoria se apoiou na abordagem cognitivo-comportamental. Para o presente trabalho somente excertos (partes que não permitiriam identificação) de cada caso foram aproveitados, descaracterizando-os como estudo de caso e configurando como ilustração da teoria revista.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. A. INFÂNCIA E QUEIMADURAS.

Na infância em particular, a hospitalização pode vir a ser uma experiência traumática, afetando o desenvolvimento e a qualidade de vida¹¹. A criança doente precisa de uma atenção especial da equipe, pois por estar ainda em desenvolvimento, sua noção de si e a relação com a realidade são frágeis e as lesões poderão deixar, além de cicatrizes físicas, dificuldades emocionais.

As dificuldades vividas pelas crianças com doença crônica (que obriga a permanência ou visitas regulares ao hospital) podem trazer dificuldades e obstáculos na vida social e familiar, como, por exemplo, a restrição do convívio social, ausências escolares frequentes e aumento da angústia e tensão familiares¹². Acrescenta-se a isso a necessidade de se adaptar aos novos horários, confiar em pessoas desconhecidas, receber injeções e outros tipos de medicação, ter que permanecer em um quarto, ser privada de atividades de brincar. Situações estas que não faziam parte da vida da criança e que caracterizam a hospitalização e/ou o pós-alta com restrições.

Diante de um ambiente novo, desconhecido e impessoal, a criança precisa dispor de instrumentos que ela conheça e domine para poder lidar com os estressores da hospitalização¹³. Ainda, o uso de recursos lúdicos pode favorecer a re-significação da doença, a adesão ao tratamento e a comunicação entre a criança e a equipe e entre a criança e seu acompanhante¹⁴.

Durante o processo de hospitalização de crianças, a presença dos pais, além de ser uma necessidade para minimizar os efeitos da separação entre pais e filhos, é legislada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁴, sendo assim a permanência da mãe ou de alguma figura de segurança da criança internada é, então, garantida por lei.

O apoio do familiar é importante nos aspectos relacionados à segurança, adesão ao tratamento e diminuição do sofrimento deste paciente, sendo que o papel da equipe é oferecer condições e apoio para que os familiares possam cumprir este papel. A hospitalização em face de queimaduras acontece abruptamente e de forma imprevisível, e, a cultura não prepara ninguém para uma internação hospitalar de crianças, o que pode acarretar no desequilíbrio na família⁴. E, essa também carece ter suas necessidades emocionais acolhidas, para poder estar em melhores condições de ajudá-lo¹⁵.

Oferecer uma atenção integral ao paciente é uma das funções do psicólogo junto à equipe de saúde, enquanto profissional qualificado para lidar com as reações psicológicas associadas à queimadura, tanto no período de hospitalização quanto na fase de reintegração à sociedade, fase esta em que a criança tem que se deparar com as alterações e limitações físicas decorrentes da

queimadura^{4,7}. O psicólogo é o profissional que pode favorecer o processo de adaptação e enfrentamento da crise, fornecendo o apoio emocional necessário àqueles que vivenciaram uma experiência traumática como a queimadura e experimentam horas de muita dor e sofrimento.

3. B. PSICOLOGIA PEDIÁTRICA: IMPORTÂNCIA DA FAIXA ETÁRIA.

A literatura em psicologia consagrou com sendo cinco as fases pelas quais as pessoas costumam passar ao vivenciarem alguma perda (ou ameaça desta) e que caracterizam o luto: a) negação e isolamento; b) raiva; c) barganha; d) depressão; e) aceitação¹⁶. Mas, dados de pesquisa de campo trouxeram nova caracterização desse processo adaptativo à frustração e o descreve em três fases, subdivididas em sub etapas: a) Negação (parcial ou total), como auto anestesia, via produção de endorfinas, que permite ‘não perceber’ a ansiedade gerada diante da perda; b) Quase aceitação ocorrendo como tentativa de resolução da ansiedade diante de perdas, como o estar doente e ter de enfrentar tratamentos invasivos, e, que pode se expressar em sete subfases: medo, raiva, culpa, vergonha, barganha, depressão e codependência emocional e c) Aceitação propriamente dita, enquanto compreensão de como lidar com a frustração, mas tendo resolvido a ansiedade da doença e o tratamento, podendo levar tanto à qualidade de vida como de morte. Não há ordem de aparecimento, pois elas ir e vir em vários momentos, podendo inclusive coexistir. O luto sendo aqui entendido como um processo saudável, embora desagradável, do organismo reagir a agressores¹⁷.

Lembrando que sempre será saudável sentir ansiedade diante do perigo que ameaça a vida e que tal sentimento se caracteriza como um conjunto de manifestações comportamentais e a diferença é que algumas pessoas verbalizam enquanto outras demonstram a ansiedade através de alterações de comportamento¹⁸.

Em crianças hospitalizadas os medos mais presentes são: separação dos pais, da anestesia, incerteza em relação aos procedimentos já vividos como doloridos, da morte como algo que embora não bem compreendido pelas crianças pequenas o é pelos familiares e entre os pré-adolescentes. E estes, em uma enfermaria, passam a ser presenciados com frequência. Sendo que é fundamental criar mecanismos para promover um ambiente que não reforce os comportamentos de ansiedade e ajude a criança a enfrentar as dificuldades da hospitalização e da doença¹⁹. Entre as possíveis estratégias utilizadas por crianças para enfrentar situações estressantes, como a hospitalização e o procedimento cirúrgico, o recurso lúdico é o mais frequentemente usado e eficaz. Tal atividade, nesse contexto, deve ser olhada como instrumento terapêutico a serviço da intervenção médica. Ao se trabalhar com arte: desenho, pintura, modelagem, dramatização entre outras, gera-se um processo

de organização do real e de sua criação, sendo, ao mesmo tempo, algo estruturante e expressivo, implicando na transformação de significados¹⁹.

Normalmente, em enfermaria pediátrica de queimados, são atendidas crianças e adolescentes de 0 a 12 anos, e, claro, seus acompanhantes são adultos, de modo que há diferentes idades convivendo em mesmo espaço. Acresce-se que a demanda psicológica do paciente, por características de sua queimadura, bem como de sua família é também distinta²⁰.

A orientação do trabalho do psicólogo com crianças queimadas deve levar em consideração os sub estágios do desenvolvimento infantil em que essa criança se encontra^{21,22}.

3. B. 1.a. Bebês – de zero até dois anos

As queimaduras das crianças desta faixa etária são, frequentemente, resultado de negligência por parte dos cuidadores, que manifestam fortes sentimentos de culpa. Esses sentimentos precisavam ser acolhidos e trabalhados para implicar os pais no tratamento da criança e favorecer a adesão ao tratamento. Trabalhando-se com as mães/ pais de tais crianças, é notória a necessidade de orientá-los a como melhor relacionar-se com a criança durante a internação, buscando fortalecer o vínculo e destacando a importância da estimulação e do afeto para o processo de recuperação^{21,22}.

Os bebês têm quase nenhuma compreensão acerca do que está acontecendo com eles ou sobre a gravidade dos ferimentos ou possíveis marcas e sequelas. Parece ser menos difícil, nessas condições, os bebês se aproximarem das figuras de apego do que de outras pessoas para brincadeiras ou consolo, sendo que a probabilidade dos bebês ficarem com medo é menor na presença destas¹¹. Tendo por premissa que o afeto é fundamental na recuperação em qualquer doença que exija hospitalização²³. O trabalho com as crianças dessa faixa etária baseia-se num contato afetivo ou numa atividade lúdica livre com acolhimento e orientação aos responsáveis. Lembrando que esses pais costumam carregar muita culpa em relação ao incidente com seus filhos e essa é uma característica a ser trabalhada.

3. B. 1.b. Excerto do caso de “A” – (Bebe - menina, sete meses de idade)

A criança esteve internada na unidade pediátrica por pelo menos oito semanas, continuando hospitalizada após conclusão do trabalho. A paciente estava na maior parte do tempo tranquila e sem se queixar de dor, isto provavelmente pelo fato de ter tido queimaduras de 3º grau, as quais destroem o tecido nervoso impedindo a sensação de dor⁶.

Suas queimaduras foram provocadas por água quente, preparada para seu banho. Tendo sido deixada pela mãe na cama ao lado da banheira, acidentalmente a criança puxou-a em sua direção virando a água quase fervente em seu corpo. A profundidade e extensão da queimadura foram significativas, em torno de 26% do corpo e, durante as primeiras duas semanas, esta paciente correu grande risco de ir a óbito, o que deixou seus pais num nível alto de ansiedade e com fortes sentimentos de culpa. Mãe e pai da criança choravam muito e não entendiam como e porque isto estava acontecendo com sua única filha (fase de quase aceitação)¹. A avó relatou que o mais difícil foi *'ouvir dos médicos que ela corria risco de vida'*. A reação inicial dessa avó foi de negação, ela não acreditou no que os médicos diziam e depositou toda sua confiança em Deus (fases de negação e quase aceitação intercambiando)¹.

A reação do pai (que já se encontrava na fase aceitação) era acatar o que os médicos diziam e, isso, gerou conflitos na relação familiar (fase de quase aceitação, medo, culpa e barganha¹⁷). O impacto na estrutura e relações familiares, como decorrência da hospitalização de um membro da família pode ser fundamental na recuperação da saúde do paciente e da família como um todo²⁰. Nesse momento inicial o trabalho da psicologia deveria consistir em acolher esses pais e familiares e oferecer o suporte emocional necessário. A família recebendo orientação, de forma psicopedagógica e lúdica demonstrando (e o psicólogo, até, servindo de modelo ao fazer o modo adequado de segurar e dar afeto) a forma como poderiam interagir com o bebê: tocando, acariciando na medida do possível, que nesse caso consistia em face, mãos e pés, sem ainda poder pegá-la ao colo, conversando com ela, resgatando forma de ritos familiares de acalmar, tais como antigas canções que avós cantaram aos filhos e esses repetirem cantando para a criança, etc., ou seja, incentivando a permanecerem próximos da criança e reforçando a importância de formar e manter vínculos afetivos para a recuperação dela.

Os pais também receberam orientações e esclarecimentos a respeito dos procedimentos pelos quais a criança teria que passar e o porquê de cada um, quanto trariam de benefício para a filha, tornando-os coparticipantes ativos desse processo de cura como, por exemplo, as trocas de curativos três vezes por semana no centro cirúrgico, necessidade de enxerto, etc. Isso costuma tranquilizar um pouco os pais, pois desmistifica e torna conhecido o que antes era desconhecido e muito assustador^{24,25}.

A mãe relatou que após as semanas em internamento, ela não conseguira voltar para sua própria casa para descansar um pouco e, nessas ocasiões, ia para a casa de uma tia desta, pois não tinha coragem de voltar sem sua filha e ver todas as coisas dela lá (fase de quase aceitação com

oscilação entre medo e culpa)¹⁷. A mãe era a principal acompanhante, pelo fato da filha ainda se alimentar de leite materno, e apenas saía do hospital nos momentos em que a filha precisava ficar em jejum para o curativo. Dessa forma, ao longo da hospitalização, a mãe da paciente mostrava-se exausta. Nessa ocasião, ela foi orientada a trocar com algum familiar a tarefa de ficar com a filha no hospital por um ou dois dias. Trabalhou-se com ela a importância dela estar bem e fortalecida emocionalmente para poder ajudar melhor a filha ('lei do cuidador')²⁶.

Ao longo do período, observou-se que a ansiedade dos pais foi diminuindo à medida que a filha ia se recuperando e eles foram se fortalecendo, embora ainda fossem muitos os fatores geradores de ansiedade. Após o trabalho com a psicologia, a mãe relatava o receio por não saber como a filha iria ficar no futuro e se ela iria ou não se lembrar do que aconteceu²⁷.

No caso de bebês, raramente há intervenção psicológica direta com a criança, que pela pouca idade, passa muito tempo dormindo ou se alimentando, de modo que os trabalhos centraram-se nos pais e avó. A paciente ainda permaneceu um bom tempo internada, pois ainda precisava de alguns enxertos de pele, momentos em que os pais ainda precisaram de muito apoio²⁷.

3. B.2. a.) Crianças: Três a oito anos

Normalmente, nessa idade as crianças ainda não compreendem bem a doença e o tratamento, como as necessidades das constantes idas ao centro cirúrgico para troca de curativos, nem demais procedimentos médicos. Assim, é importante estar atento para as preocupações e fantasias que surgirem a respeito do centro cirúrgico e do procedimento de enxerto, e sempre fornecer informações verdadeiras, mas dentro uma linguagem que ela compreenda²⁸.

A preocupação dos pacientes dessa faixa etária com a aparência estética costuma ser quase inexistente, embora algumas vezes manifestem essa angústia. Nas crianças com menos de oito anos é difícil medir a autoestima, mas isto pode ser observado quando elas são questionadas sobre quanto elas gostam de si próprias ou como avaliam suas capacidades, elas geralmente respondem que estão satisfeitas e felizes consigo mesmas, acompanhando seus comentários com um olhar que reflete certa incompreensão²⁹. Isto pode ser mais bem observado no trabalho com as crianças internadas, que quase não demonstravam preocupações com sua autoimagem, mas sim com outros fatores externos, como saudades de casa ou da escola, a perda de uma festa como aniversários.

O trabalho com essas crianças se deu em sua maioria de forma lúdica, com brinquedos e desenhos adequados à sua idade, visando reduzir ansiedade e desfocar a atenção da criança para além da queimadura e da hospitalização¹¹. O trabalho com os pais consistindo em acolher e fornecer o apoio emocional para enfrentarem a internação e o processo de recuperação do filho. Em alguns

casos, em criança com consciência precoce, o sentimento de culpa se fez presente e precisou ser adequadamente trabalhado, embora esses sentimentos se manifestem em pais de crianças em qualquer idade, costumam ser mais frequentes nos pais das crianças menores, pois a maioria dos bebês e crianças pequenas é queimada em acidentes domésticos decorrentes de negligência.

O sentimento de culpa acompanha os casos de negligência e a presença desse sentimento pode dificultar a relação dos pais com a criança e, também, com a equipe de saúde^{1,17}. Por isso torna-se de grande relevância auxiliar os pais a diminuir a culpa por não ter evitado a queimadura e a substituir esse sentimento por um sentimento ativo de responsabilidade, mobilizando-os para assumirem uma posição responsável e de adesão efetiva ao tratamento do filho.

3. B.2.b. Excerto do caso de “B” (menina – 5 anos de idade)

A paciente ficou internada no hospital por três meses. A criança morava num lar junto com seu irmão, órfã de pai e sua mãe estava internada num hospital psiquiátrico. Logo no primeiro contato com a criança ela mesma descreveu o acidente. Segundo seu próprio relato, ela, seu irmão e mais um colega do lar estavam brincando e queriam acender fogo para cantar parabéns, um deles pegou álcool e o outro fósforo (portanto os objetos estavam em fácil acesso, um grande risco, denotando negligência dos responsáveis por sua segurança). Quando foram acender o álcool explodiu, atingindo a paciente que sofreu queimaduras de 3º grau, principalmente nas pernas. Essa criança nunca recebia visitas e para cumprir com o estatuto ECA a instituição de sua moradia enviava companhia de voluntários leigos e que, em sua maioria, não conversavam com ela. Então, no caso dessa criança, não foi realizada nenhuma intervenção com as acompanhantes e se concentrou maciçamente com a menina.

B era uma criança bastante comunicativa e de fácil interação já no primeiro contato, diferentemente da maior parte de crianças tratadas dessa faixa etária, demonstrava preocupação com o seu cabelo, reclamando que haviam cortado no hospital. A cada encontro ela falava da dor que sentia nas pernas que estavam imobilizadas com uma tala e do mal estar que o procedimento do curativo gerava. Ela teve de realizar vários enxertos, procedimento este necessário em casos de queimadura de terceiro grau, doloroso e invasivo, gerador de ansiedade e medo nos pacientes³.

A intervenção psicológica usada para esta faixa etária deveria consistir na validação e acolhimento dos sentimentos da paciente. O trabalho foi feito de forma lúdica, através de brincadeiras como jogos, desenhos, histórias infantis e músicas^{19,21}. O brincar terapêutico deve ser espontâneo e utilizando a realidade do contexto hospitalar¹³, como por exemplo, solicitar à

enfermagem mudá-la para perto de uma janela para se distrair com a “brincadeira de olhar pela janela e ver nuvens e as árvores. Imaginando figuras e mudanças nestas nuvens”. A supervisora, em um atendimento que realizou com a menina, ensinou a ‘ver’ formas nas nuvens do céu e “dizer à nuvem” as coisas que gostaria de contar (passadas ou atuais, relacionadas ou não a queimadura) e, quando no próximo atendimento ou quando a enfermeira X (uma atendente de enfermagem que lhe dava atenção especial) ela iria contar o que havia “conversado” com a nuvem. Podem ser usadas revistas de histórias (no presente caso foram revistas da Monica e do Mickey, a escolha da menina.) para ela entender o que seriam as formas a serem vistas e escolhidas como fonte de segurança²⁷. Em três atendimentos que a supervisora fez, a enfermagem relatou a mudança de humor da criança mais saudável e falante generalizando para si atividades de “cuidar” de outras crianças usando as mesmas estratégias; uma fala sua foi: “... *fui psicóloga do fulano...*” contando que dividia seus saberes com o colega de sofrimento. O brincar no hospital auxiliando a criança a alterar o ambiente em que se encontrava, aproximando-a de sua realidade cotidiana. E, isso, podendo ter um efeito positivo em relação a sua hospitalização sendo que, a própria atividade recreativa, livre e desinteressada, tem um efeito terapêutico, amenizando o sofrimento hospitalar, favorecendo a comunicação e a expressão dos sentimentos das crianças, entre outros¹¹.

O objetivo dessas estratégias era tirar o foco da dor da paciente bem como trabalhar ansiedade, medo e outros sentimentos que poderiam interferir negativamente no tratamento¹¹. Pela faixa etária de B, para que houvesse compreensão e, portanto controle de aversivos por parte da criança trabalharam-se os sentimentos e as informações referentes ao tratamento da queimadura numa linguagem adequada a sua idade usando exemplos da sua realidade.

3. B.3.a. Pré-adolescentes: Oito a doze anos

Observou-se que as crianças mais velhas apresentam grandes preocupações com a imagem corporal, com as seqüelas e cicatrizes da queimadura, preocupando-se com a estética, intuindo que sua reinserção à sociedade, principalmente ao ambiente escolar será julgada pela aparência²⁹. Os pacientes dessa faixa etária costumavam relatar ansiedade e medo da rejeição dos amigos, expressos por frases como: ‘*eles vão rir de mim*’; ‘*será que eles vão querer ser meus amigos (...) eu estou muito feia*’. Nessa idade a criança está com sua identidade mais estruturada e, por isso, mostra-se mais preocupado com a aparência em relação às crianças mais velhas e começam a aparecer questões relativas à sexualidade. De acordo com os autores, isso ocorre porque a perda da pele pode

ser sentida como a perda da própria identidade, mas também a deformação disto advinda, como uma percepção de algo que a sociedade reprova e exclui²⁶.

Quanto à rotina da hospitalização, esses pacientes compreendem os procedimentos aos quais são submetidos e sua importância, o que permite estimulá-los a se engajarem no tratamento e a se responsabilizarem por ele. O trabalho com os pacientes desta faixa etária, basicamente, se dá através do diálogo, sendo algumas vezes necessário recorrer a alguma atividade lúdica³⁰.

Verificou-se importante possibilitar à criança condições para que expressassem seus sentimentos para poder elaborar a angústia relacionada ao trauma/ acidente, bem como o sofrimento que ela vivenciava²⁸. As crianças dessa idade frequentemente relatavam pesadelos com fogo. Uma das pacientes, por exemplo, relatava sonhar que estava *'num mundo só de queimados'* (o que de fato era quase verdadeiro, considerando-se o confinamento em enfermaria onde estímulos visuais e auditivos eram recorrentes em dor e queimadura); enquanto outro pré-adolescente relatava que sonhava com *'o irmão pegando fogo'* (irmão esse que havia ido a óbito ao se queimar no mesmo incidente). Para um terapeuta comportamental, o sonho é um evento privado, ou seja, um comportamento encoberto, que não deve ser desprezado pelo terapeuta, mas sim entendido e analisado funcionalmente como outros eventos verbais²⁸.

Trabalhou-se os afetos relacionados ao trauma da queimadura, os procedimentos invasivos, o processo de hospitalização e a auto-aceitação após as mudanças que ocorreram em relação aos aspectos físicos. Buscou-se acolher seu sofrimento e implicá-los no tratamento, incentivando o uso de talas, colares, malhas, etc., para que as sequelas fossem os menores possíveis. Observou-se que a intervenção psicológica com as crianças dessa faixa etária e um pouco mais novas pode auxiliar a equipe de saúde a realizar o seu trabalho no momento em que precisa realizar procedimentos ao qual a criança demonstra apreensão e resistência, seja porque sente medo ou por outro motivo, como por exemplo: coleta de sangue, aplicação de medicação, transfusão de sangue, radiografia, etc.

3. B.3.b. Excerto do caso de “C” (menino – 11 anos de idade)

O paciente C ficou no hospital por um período de sete meses. Ele sofreu queimaduras de terceiro grau por quase todo o seu corpo. O acidente foi com álcool. Tinha acabado o gás e a mãe de C foi cozinhar com álcool e pediu que C saísse de perto ao acender o fogo, mas C estava atrás dela e não saiu e a garrafa de álcool explodiu atingindo a criança. Devido à forma que ocorreu o acidente foi possível observar o sentimento de culpa tanto da mãe quanto da criança, aquela por se sentir

impotente de cuidar de seu filho e desta por não ter obedecido à mãe. O relacionamento de C com sua mãe era muito conturbado e, segundo a psicóloga do hospital, eles tiveram vários episódios de briga durante o internamento. Este foi um fator que precisou ser trabalhado pela psicologia, pois conflitos geram estressores que retardam ou impedem a recuperação da saúde, por ser uma situação de forte influencia para a evolução do tratamento e principalmente para a qualidade da relação entre mãe e filho. A intervenção se deu através de “conversas” (psicoterapia com técnicas cognitivas) com C, pois ele apresentava uma boa compreensão. Atividades lúdicas também foram utilizadas, com o propósito de promover um ambiente adequado, trabalhar autoestima, autoimagem e outros sentimentos²⁹. Outra preocupação trazida pelo paciente foi em relação a sua auto competência, observada nos seus relatos verbais.

Aos 9 e 10 anos as crianças fazem auto-avaliações negativas mais vezes e isso se deve provavelmente por elas terem um senso mais claramente formulado de seu valor e competência em diferentes áreas. Ao sofrer lesões como desta criança a crítica tende a se exacerbar. O trabalho da psicologia consistindo em valorizar aspectos positivos na criança construindo uma autoimagem positiva nessas áreas²⁹.

Neste caso o trabalho com a mãe do paciente também foi fundamental. Trabalhou-se com ela os sentimentos vividos a partir do acidente, como a culpa sentimentos gerados pela longa permanência no hospital, como estresse físico e emocional; e as preocupações advindas do retorno ao convívio social. Outra intervenção se deu com o objetivo de fortalecer a mãe para que ela ajudasse C na adesão ao tratamento. O trabalho com ela foi individual, na forma de orientação, e algumas atividades realizadas em conjunto com a criança para fortalecer vínculo e trabalhar a relação mãe-filho^{31,32}.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados nesse trabalho indicam que o trabalho da psicologia é de grande relevância numa pediatria de queimados (e as autoras entendem que em qualquer outro setor de atendimento hospitalar infantil), uma vez que se observam grandes níveis de sofrimento emocional juntamente com fortes dores físicas.

Ao oferecer apoio emocional e proporcionar um espaço acolhedor e de confiança, o psicólogo permite a expressão de sentimentos relacionados ao trauma e às dificuldades relacionadas à internação, o que por sua vez possibilita reduzir o nível de ansiedade da criança e de seus pais, bem como favorecer a elaboração psíquica desse sofrimento.

Este trabalho mostrou a necessidade, também, do trabalho do psicólogo preparar o paciente para a alta hospitalar e para o processo de reabilitação e readaptação à sociedade.

A partir dele, acredita-se que a psicologia, ao considerar os aspectos emocionais relacionados à queimadura, tem muito a contribuir com a recuperação da criança queimada, considerando-se cada subfase de seu desenvolvimento e as necessidades emocionais de seus cuidadores, somando-se às demais práticas terapêuticas para proporcionar um atendimento mais humanizado.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mestre M, Barbosa PN e Menz DM. Perdas biopsicossociais e doença renal crônica. *Revista Gestão & Saúde*, 2016; 14 (2): 01-12.
2. Gomes DR, Serra MC e Pellon MA. *Tratamento de Queimaduras - Um Guia Prático*. Rio de Janeiro: Revinter. 1997.
3. Oliveira ADDAS, Carvalho JR, Carvalho MS, Sinimbu RE, Landim MP. Perfil das crianças vítimas de queimaduras atendidas em hospital público de Teresina. *Revista Interd*. 1988;6 (2): 8-14.
4. Carvalho FL. O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, São Paulo. 2008.
5. Gomes DR, Serra MC e Pellon MA. *Queimaduras*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter. 1995.
6. Rossi LA, Camargo, C, Santos, C M N M, Barruffin, RCP e Carvalho, EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente e estressante para quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2000;8 (3).
7. Barbosa P. O paciente renal e suas perdas psicossociais. Trabalho de conclusão de curso (TCC) de graduação em psicologia, entregue a coordenação do curso de psicologia da FEPAR. 2009.
8. Scherer ZAP, Luís MAV. Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. *Acta Paulista de Enfermagem*.1998;11(2): 64-72.
9. Gosch CSE, Vanderberghe L. Análise do Comportamento e a Relação Terapeuta-Criança no Tratamento de um Padrão Desafiador-Agressivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2004; 6(2): 173-181.
10. Rabello, R. O comportamento humano no processo saúde-doença: Evidências para a prática psicológica no ambulatório de transplante renal. TCC entregue à coordenação do curso de psicologia da FEPAR. 2009.
11. Newcombe, N. *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas; 1999.
12. Motta AB, Enumo SRF. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia e Estudo*. 2004;9 (1).
13. Mitre MA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004;9 (1).

14. Ministério da Saúde - BR- Sabatés, A. L. e Borba, R. I. H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005;13(6): 968-973.
15. Souza, RP, Pianowski, H e Kummer. Manual de rotina de humanização em medicina intensiva. Curitiba.2004
16. Kübler- Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, SP: Martins Fontes. 2005.
17. Blanchet AC, Linhares AL. Criação de instrumento de avaliação psicológica do luto em doenças crônicas: suas fases como vetores determinantes na adesão ao tratamento e qualidade de vida. Trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia do curso de psicologia da Faculdade Evangélica do Paraná. 2009.
18. Moro ET, Módolo NSP. Ansiedade, a Criança e os Pais. *Rev. Bras. Anestesiol*.2004;54: 5: 728 – 738.
19. Matsuda FG. A influência da arteterapia no trato das emoções na perspectiva cognitivo-comportamental com pacientes internados na unidade de TX-Renal do HUEC. Trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia, entregue a coordenação do curso de psicologia da Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba,PR. 2011.
20. Daniel SH, Hepworth J, Doherty, WJ. Terapia Familiar Médica Um Enfoque Biopsicossocial às Famílias com Problemas de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.
21. Borges ES e Carvalho TC. Abordagem psicológica à criança queimada. In: Gomes DR, Serra MC, Pellon, MA. *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter. 1995
22. Angerami-Camon VA, Chiatton HBC, Meleti MR. A psicologia no hospital. São Paulo,SP: Pioneira. 2003.
23. Santos CT, Sebastiani RW. Acompanhamento psicológico a pessoas portadoras de doenças crônicas. Em Angerami-Camon (org.) *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo,SP: Pioneira. 2007.
24. Mestre M, Corassa N. Mediadores no sucesso da psicoterapia comportamental. In: Guilhardi, H. J. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André, SP: ESETEC. 2003.
25. Machado A. e Tasca OH. Amostra piloto para criação de manual sobre a preleção informativa com usuários do ambulatório TX-Renal. Trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia, entregue a coordenação do curso de psicologia da Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba. 2014
26. Mestre, M. e Trindade, E. Medo e memória: um depoimento feminino. *Revista Interação, do Departamento de Psicologia da UFPR*. 2002; 4: 75-95. 2002.
27. Mestre M, Corassa N. Da ansiedade à fobia. *Psicologia Argumento*. 2000; 18:105-126.
28. Delinski G, Mestre M. O uso de encobertos na prática clínica. Em Brandão. M. Z. (org.). *Sobre comportamento e cognição*. Esetec.2003; 10 (11): 210- 215.
29. Guilhardi H. Autoestima, autoconfiança e responsabilidade. In: Brandão, Z.; Conte F.; Mezzaroba (org.) *Comportamento Humano – tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor*. Esetec. 2002.
30. Mestre M. Etologia – o que é isso? *Jornal do CRP-08*. 1991.
31. Esteves MC. O resgate do vínculo mãe bebê em casos de maus-tratos: histórias de uma enfermagem de queimados. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2005; 8 (1): 27-39.
32. Santos CT, Sebastiani RW. Acompanhamento psicológico a pessoas portadoras de doenças crônicas. In: Angerami-Camon (org.) *e a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira. 2007.